



Ile powinien zarabiać lekarz?

Agata Misiurewicz-Gabi

Na temat zarobków lekarzy dyskusja toczy się od lat. Dla jednych to kwota bulwersująco wysoka, dla innych wręcz odwrotnie. Jaki powinniśmy przyjąć model wynagrodzeń, kto powinien o nich decydować i czy konsensus, do którego dążą resort zdrowia i Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, rozwiąże wszystkie problemy i uspokoi napiętą sytuację? O tym dyskutowali eksperci podczas konferencji Wizja Zdrowia.

Lekarze w Polsce skarżą się, że ich zarobki w publicznych placówkach medycznych nie dość, że są za niskie, to jeszcze nie do końca jasno ustalone. Panuje duże zróżnicowanie w kontraktach czy umowach-zleceniach. Każdy szpital ma też różne sposoby premiowania, a ceny za świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ są ustalane i narzucające odgórnie przez urzędników funduszu. Trudno w takiej sytuacji mówić o rynkowym kształtowaniu płac, mimo że o pensjach lekarzy decyduje dyrektor placówki. Nic dziwnego, że lekarze domagają się natychmiastowych zmian. Nowa ustawa z 1 lipca 2021 r. o minimalnym wynagrodzeniu ich zdaniem nie rozwiązuje problemu.

CPT w polskim systemie ochrony zdrowia

W obliczu narastającego niezadowolenia lekarzy pojawia się pytanie, jak powinien wyglądać w Polsce system ich wynagradzania. Szukając konstruktywnych propozycji, Adam Kozierekiewicz proponował cofnąć się do projektu realizowanego przez Naczelną Izbę Lekarską w latach 2003–2004, zakończonego publikacją pt. „System wartościowania w pracy lekarzy” (<https://www.termedia.pl/Ksiazka/-17>).

– Celem projektu było z jednej strony określenie, jak kształtować wynagrodzenia grupy zawodowej lekarzy w stosunku do produktu krajowego brutto bądź do średniej wynagrodzeń w kraju. Z drugiej strony projekt miał odpowiedzieć na pytanie, jak ustalać poziom indywidualnych wynagrodzeń – na podstawie siatek płac czy w jakiś inny sposób. W wyniku prowadzonych dyskusji i po przeanalizowaniu systemów finansowania świadczeń lekarskich w innych krajach doszliśmy do wniosku, że najbardziej podobna nam się system amerykański oparty na nazewnictwie procedur medycznych – CPT (current procedural terminology). System jest tworzony i na bieżąco utrzymywany we współpracy pomiędzy American Medical Association a administracją rządową odpowiedzialną za system publicznej ochrony zdrowia, czyli CMS (Centre for Medicare and Medical Services) – mówił Adam

Kozierekiewicz. – W systemie tym działa skala punktowa poszczególnych czynności lekarskich – RBRVS (resource based relative value scale), która jest czymś w rodzaju punktowej wyceny procedur medycznych. Mamy w niej przeliczniki dla poszczególnych procedur lekarskich, na które składają się trzy elementy: praca lekarza, inne zasoby (w szczególności materiały zużywane w ramach danej procedury) i ubezpieczenie cywilne (liability insurance), które obejmuje nawet do 40 proc. kosztu procedury, np. w ginekologii czy położnictwie. Jeśli chodzi o pracę lekarzy, ten komponent wynosi średnio 52 proc. wyceny i jest różny w zależności od specjalizacji, stopnia skomplikowania procedury, czasu potrzebnego na jej wykonanie itp. Jest to zatem zobiektywizowana wycena wynikająca z pomiaru wysiłku lekarza. Ważne w tym systemie jest to, że stara się on nie dopuścić do przechylenia wartości pracy w stosunku do jednej specjalności, w danym momencie rynkowo wyżej wycenianej. Chodzi o to, aby poszczególne grupy lekarzy miały wyrównane szanse zarobkowe i nie doszło do sytuacji, w której dla przykładu psychiatry byłiby poszkodowani w skali wynagrodzeń w stosunku do np. kardiologów – tłumaczył.

Ekspert dodał, że po zawarciu umowy z AMA Naczelna Rada Lekarska postanowiła przeprowadzić próbę zastosowania CPT w Polsce. W 2005 r. przeprowadzono w 12 ośrodkach badanie pilotażowe. Pokazało ono, że CPT-PL było bardzo dobrze opracowanym, precyzyjnym i zrozumiałym dla lekarzy narzędziem, które posługiwało się pojęciami zrozumiałymi dla klinicystów i dobrze opisującymi standard postępowania. W rozważaniach na temat wykorzystania CPT w Polsce pod uwagę brano takie funkcje, jak: coroczna ocena obciążenia pracą lekarzy zatrudnionych na umowach o pracę, definiowanie procedur współpłaconych przez pacjentów, pomoc w ustaleniu siatki płac, ocena i monitorowanie produktywności oraz wewnętrzny system dzielenia przychodów w małych firmach medycznych. W USA na koniec wartość punktowa jest przekształcana na wartość monetarną na podstawie wartości punktu

ustalanej raz w roku. Dla przykładu w 2002 r. było to 36 dolarów, a w 2021 r. już 34 dolary.

Jak powinny wyglądać zarobki?

System CPT to oczywiście jedna z propozycji, jak mogłaby wyglądać wycena poszczególnych procedur medycznych. Tymczasem ciągle stoimy w miejscu i nie wiemy, ile de facto i na jakich zasadach powinien zarabiać lekarz. Jak mówi Łukasz Jankowski, kiedy pytamy o zarobki lekarza, to tak jakbyśmy pytali, ile powinien zarabiać redaktor, fryzjer czy górnik. A tego nie da się jednoznacznie określić. Liczy się bowiem to, ile ktoś wypracuje, czy jest dobrym czy złym pracownikiem i oczywiście gdzie pracuje.

Zdaniem Łukasza Jankowskiego jesteśmy na samym początku drogi do dobrego systemu wartościowania pracy lekarzy, a w funkcjonującej obecnie siatce płac w ochronie zdrowia płacimy za tytuł, a nie za pracę. – Ustawa o płacy minimalnej bardzo upraszcza system wynagrodzeń i sprawia, że dla 20 proc. specjalistów jest ustawą o płacy realnej. Moim zdaniem rozmowy między personelem medycznym a Ministerstwem Zdrowia powinny dotyczyć pewnego pomostu, który pozwoliłby nam odpowiednio płacić lekarzom. Mogliby dzięki temu pracować na jednym etacie, mieliby czas na odpoczynek, motywację do pracy i nie uciekali by z kraju. Jednym słowem – powinniśmy dać sobie czas na wypracowanie innego systemu, być może opartego na doświadczeniach amerykańskich, a może na ponadzakładowym układzie zbiorowym, o którym mówimy od lat, a który nie doczekał się realizacji. W Polsce są szpitale, które już zaczynają dzielić się wynikami pracy z lekarzami i płacą bezpośrednio za efekt przeliczany na finanse. Jeden z takich dużych szpitali z północy kraju chwalił się ostatnio na konferencjach i panelach, że 20 proc. kwoty z wypracowanych świadczeń jest przeznaczona na pensje dla personelu, który w sposób dowolny rozdziela tę sumę. W ten sposób jest bezpośrednio związany z tym, jaki wynik finansowy osiąga szpital. Wydaje mi się, że to jednak nie jest dobra droga. Moim zdaniem lepszy jest system płacenia za efekt finansowy i zdrowotny. Okazuje się, że nawet system płacenia za godzinę nie jest właściwy, ponieważ

nie chodzi o to, żeby lekarz siedział godzinami w pracy, jeśli może wyjść wcześniej, a chorym to nic nie szkodzi. Chodzi o to, żebyśmy wypracowywali zdrowie, a nie godziny, i to nie powinno wpływać na wynagrodzenie. Uważam też, że należałoby wyjść z pułapki ustawy o płacy minimalnej i potraktować ją jako pomost do rozmowy o rzeczywistym systemie płacenia za pracę, tak żeby dobry lekarz zarabiał więcej niż zły – mówił Łukasz Jankowski.

Zdaniem Piotra Warczyńskiego układanie widełek nie jest dobrym rozwiązaniem. Nie istnieje idealny system wartościowania pracy, ponieważ są obszary pracy lekarskiej, których nie da się zmierzyć. – Czasem lekarz musi być w pracy, a jego efektywność będzie prawie zerowa. Dlatego sądzę, że to, co robimy w tej chwili, mierza do złych systemów wartościowania pracy nie tylko lekarzy, ale wszystkich innych zawodów medycznych – przekonywał Piotr Warczyński.

– Jednym z narzędzi, którymi posługuje się płatnik – czy jest nim ubezpieczyciel, czy budżet państwa – jest system ewidencjonowania i wazenia składowych elementów świadczenia, w których znajduje się część pracy lekarza. W związku z tym należałoby określić rolę terapeuty w wytworzeniu produktu dającego oczekiwany przez płatnika efekt. Istotne jest, żeby płacić ludziom za pracę, którą ustala ten, kto ją standaryzuje i ma globalną strategię dotyczącą uzyskania efektu funkcjonowania systemu. To on będzie poprzez stymulowanie różnymi wycenami ustalał priorytety, wyceniał wartości i zabezpieczał wynagrodzenie medyka za te wartości. Chyba największą bolączką jest u nas brak standardów. W Polsce warunki finansowania świadczeń standaryzuje NFZ, a daleko mu do standardu klinicznego. Nasi lekarze leczą na bardzo dobrym poziomie, nie są oderwani od świata, mają dostęp do wiedzy, stosują najlepsze technologie, a mimo wszystko, patrząc na jedną z najstarszych technologii, jaką jest stetoskop, to najważniejszy jego element znajduje się między oliwkami. Ta właśnie wartość potencjału intelektualnego będzie się przekładała na umiejętność wykonania określonej procedury i części składowej świadczenia przez lekarza. W mojej ocenie to jest klucz do tego, aby ustalać wagi wartości pracy w wytwor-

V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- Rafał Janiszewski – Kancelaria Doradca
- Łukasz Jankowski – prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- Adam Kozierekiewicz – ekspert z zakresu ochrony zdrowia
- Piotr Warczyński – były wiceminister zdrowia

rzeniu danego świadczenia i zrealizowaniu zadania, jakie wyznacza płatnik – komentował Rafał Janiszewski.

Ekspert dodał, że ustalanie siatek płac minimalnych czy maksymalnych będzie się miało z systemem. Jeśli dziś je ustalimy, za chwilę będziemy musieli je nowelizować. Jego zdaniem w ten sposób regulator sam sobie wyrzuci krzywdę, ponieważ pozbawi się narzędzia do stymulowania pewnych zjawisk, postępu organizacyjnego, medycznego, do wykorzystania kadr i podnoszenia ich kwalifikacji.

Z kolei Adam Kozierekiewicz, ponownie powołując się na publikację pt. „System wartościowania w pracy lekarzy”, wskazał na umieszczoną w niej tabelkę pokazującą wynagrodzenie lekarza POZ w stosunku do średniego wynagrodzenia firm produkcyjnych w danym kraju. – W Australii krotność ta wynosi 2,7, w Kanadzie 4,8, w Finlandii 2,7, we Francji 2,9, w Norwegii 1,6, w Wielkiej Brytanii 3,3, w USA prawie 6. Oczywiście to nie wystarcza do kształtowania płac lekarzy, gdyż dystrybucja ich płacy nie może być równa. Byłoby to działanie antymotywacyjne, które przekładałoby się na niską produktywność. Taką sytuację mieliśmy w Polsce w latach 80., kiedy w zakładach opieki zdrowotnej posługiwano się siatkami płac. Wszyscy wtedy dostawali mniej więcej te same

pieniądze, choć to nie odzwierciedlało ich wysiłku i zaangażowania. W związku z tym dyskusje o średnich wynagrodzeniach są ważne, natomiast jest to punkt wyjścia, od którego trzeba zrobić krok do przodu. Uważam, że trudno znaleźć lepsze rozwiązanie niż system, w którym wynagrodzenia chociaż częściowo są oparte na produktywności – mówił Adam Kozierekiewicz.

Kto powinien decydować o wynagrodzeniu?

Oprócz ustalenia wysokości zarobków do rozstrzygnięcia pozostaje kwestia, kto powinien o nich decydować. Czy powinna to być decyzja kierownika placówki medycznej, czy może należałoby to uregulować centralnie na podstawie takich parametrów, jak wynagrodzenie minimalne lub siatka płac?

Rafał Janiszewski wyjaśnia, że jest przeciwnikiem odbierania kierującemu placówką medyczną narzędzi do zarządzania. A do tego mogą prowadzić sztywne regulacje dotyczące wynagrodzeń. Jego zdaniem coraz częściej zarządzający szpitalami stawiają się w roli płatnika i mają swoje własne systemy wynagradzania oparte na oczekiwanym efekcie. – Oczywiście jest jakiś standard kosztów realizacji świadczenia dla danej placówki, wyliczony jest koszt, jaki ponosi szpital bez uwzględnienia wynagrodzenia lekarza, i z tego

powstaje różnica pomiędzy kosztami bezpośrednimi i pośrednimi a przychodem z NFZ. Ta różnica jest podstawą do wypłacania wynagrodzenia lekarza bądź do tworzenia budżetów, np. na komórki organizacyjne. Dzisiaj systemy informatyczne w szpitalach pozwalają nam bardzo jasno opisać osoby i ich rolę w wytworzeniu przychodu. To rozwiązanie jest bliskie standardowi i daje pewien algorytm wagi pracy lekarza, co jest powiązane z przychodem. Należałoby tylko określić wagi w świadczeniach co do poszczególnych czynności, schodząc nawet do procedur medycznych według ICD-9, czyli do czynności, które się dziś nie kodują. Uważam, że sztywne regulacje dotyczące wynagrodzeń lekarzy odbiorą wiele instrumentów zarządczych kierownikom placówek medycznych – stwierdził.

– Dziś w płacach panuje wolna amerykanka. Dochodzi do podkupowania pracowników czy nawet przesuwania pieniędzy z innych kosztów na wynagrodzenia, żeby zapłacić lekarzowi więcej i przyciągnąć go do siebie. Winny jest m.in. brak regulacji placowych i personelu medycznego. Uważam, że rozwiązanie jest gdzieś pośrodku, to znaczy powinien być komponent centralnie zarządzany, jakim jest ryczałt za pracę lekarza, a prócz tego dodatek motywacyjny. Dlaczego? Dlatego że oprócz motywacji proaktywnej i zdrowotnej mogłaby się pojawić motywacja finansowa, które we

mnie, jako lekarzu, budzi sprzeciw. Dlatego nie możemy pójść za daleko w robieniu z lekarza biznesmena, a z oddziałów spółek, które działają w obrębie szpitala i w których lekarze są zarządem dzielącym się zyskiem. Należałoby zatem tak zbilansować te systemy, żeby szły w kierunku korzyści zdrowotnej dla populacji. Sama motywacja, myślenie proaktywne i powiązanie pracy z wynagrodzeniem bardzo mi się podoba i w takim systemie chciałbym pracować – zaznaczył Łukasz Jankowski.

Jaka czeka nas przyszłość?

W związku z protestami pracowników medycznych i brakiem jednoznacznego stanowiska, na jakich zasadach powinny być kształtowane wynagrodzenia lekarzy, pojawia się pytanie, jaka czeka nas przyszłość. Czy ustawa o płacach minimalnych rozwiąże wszystkie problemy? Opinie ekspertów w tej kwestii nie są optymistyczne. Ich zdaniem zamiast iść do przodu, wykonujemy krok do tyłu.

Piotr Warczyński uważa, że droga, którą w tej chwili podążamy, nie prowadzi do celu, który chcemy osiągnąć. – Kiedy w 1999 r. tworzono kasy chorych, założeniem było, aby system otrzymywał pieniądze kontraktowane na określone szpitale, a dyrektorzy szpitali decydowali, na co je wydadzą – czy inwestują, czy dają podwyżki. Zarządzający placówkami kształtowali płace i trwało to kilka lat, dopóki



”

Adam Kozierekiewicz:

Trudno znaleźć lepsze rozwiązanie niż system, w którym wynagrodzenia chociaż częściowo są oparte na produktywności

nie zlikwidowano kas chorych. W momencie gdy powstał NFZ, zaczęła się droga, którą kroczyliśmy do dzisiaj, a która zniszczyła system ubezpieczeniowy. Zaczęło się to w 2014 r., gdy ówczesny minister zdrowia odgórnie wyznaczył podwyżki dla pielęgniarek. To był początek – wolny system kształtowania płac został naddarty, a później były kolejne kroki. Doszło do tego, że wyznaczano najniższe wynagrodzenia, w czym niestety też niechący uczestniczyłem. Po ustaleniu najniższych wynagrodzeń, pod presją związków zawodowych, a tak naprawdę z inicjatywy rządu nastąpiło określenie widełek, czyli także maksymalnej pensji. W ten proces wpisały się izby zawodowe, które nie oponowały przeciwko ustalaniu minimalnych płac, walcząc jedynie o ich podniesienie i nie zdając sobie sprawy, czym to się skończy. Obecnie mamy sytuację, w której NFZ podlega Ministerstwu Zdrowia, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich nie mają już nic do powiedzenia, a wartość pieniędzy budżetowych zaczyna powoli wzrastać. Niedługo będziemy mieć agencję restrukturyzacji szpitali, która będzie mogła przejąć zadłużony szpital w zarządzanie. Każdy kolejny krok aktualnej władzy zmierza do systemu budżetowego, w którym będą widełki wynagrodzeń.



”

Łukasz Jankowski:

Należałoby wyjść z pułapki ustawy o płacy minimalnej i potraktować ją jako pomost do rozmowy o rzeczywistym systemie płacenia za pracę, tak żeby dobry lekarz zarabiał więcej niż zły

Jeżeli nie będzie można zastosować motywacji finansowej, to pojawia się pytanie, po co będą potrzebni dyrektorzy szpitali. Pewnie tylko do administrowania. Jestem za systemem wyśrodkowanym – ani zupełnie wolnym, ani budżetowym. Uważam, że w systemie chodzi o to, żeby to, co się opłaca zdrowotnie, opłacało się finansowo. Wtedy unikniemy problemu – podsumował Piotr Warczyński.

– Moim zdaniem idziemy w stronę systemu budżetowego, jak za czasów PRL, a w zasadzie już w nim jesteśmy. Planowanie odbywa się według wzoru, który ma nam obliczyć budżet na przyszły rok. Jeśli on ma poparcie w danych, to jest zatwierdzany. Efekt jest taki, że tworzenie siatek minimalnych wynagrodzeń dla poszczególnych grup stworzy podstawę, której dyrektor nie będzie mógł obniżyć. Spodziewam się, że efektem protestu lekarzy z białego miasteczka będzie raczej wypracowywanie najniższych wynagrodzeń, a nie wytworzenie mechanizmu, o którym mówimy. Uważam też, że regulator nie odbierze dyrektorowi placówki decyzji o ustalaniu wysokości wynagrodzeń. Dlaczego? Bo tym samym musiałby mu odebrać odpowiedzialność za te decyzje, a od tego jest daleki – komentował Rafał Janiszewski.



”

Piotr Warczyński:

Jeżeli nie będzie można zastosować motywacji finansowej, to pojawia się pytanie, po co będą potrzebni dyrektorzy szpitali. Pewnie tylko do administrowania

W opinii Adama Kozierekiewicza postępujący trend regulacji płac na poziomie mikro, który zaczął się w 2014 r., będzie prowadził do coraz bardziej sztywnego poziomu płac i to, co teraz jest intencją związków czy izb, a więc określenie minimum, w pewnym momencie będzie definiowało poziom widełek. Oznacza to, że powstanie mała różnica między podstawą a sufitem, co będzie działało mocno demotywująco i doprowadzi do spadku produktywności systemu ochrony zdrowia. W konsekwencji będziemy zmierzali do zmniejszenia wysiłków i wzrostu wydatków, a indywidualne zaangażowanie pracowników będzie hamowane przez nisko wiszący sufit wynagrodzeń. Nie jest to dobra perspektywa, bo oznacza, że system nigdy nie będzie w stanie wypracować tyle świadczeń, żeby zbliżyć się do poziomu popytu.

– Jeżeli 20 proc. lekarzy korzysta z ustawy o płacy minimalnej, a wcześniej z podwyżki Szumowskiego, to znaczy, że jest gros lekarzy, których zarobki odbiegają od płacy minimalnej. Oznacza to narastające nierówności w wynagrodzeniach. Słyszeliśmy o lekarzu w Pile, który zarobił milion. Tam zaprotestowała lokalna społeczność. Moim zdaniem niesłusznie, bo należałoby wpiętych zapytać, za co otrzymał



”

Rafał Janiszewski:

Regulator nie odbierze dyrektorowi placówki decyzji o ustalaniu wysokości wynagrodzeń. Dlaczego? Bo tym samym musiałby mu odebrać odpowiedzialność za te decyzje, a od tego jest daleki

te pieniądze i jakie ma kompetencje. Myślę, że wypracował je bardzo dużym wysiłkiem. Dlatego mówiąc o wynagrodzeniach, musimy też rozmawiać o nakładzie pracy, czyli o tym, na ilu etatach pracuje lekarz. Jednocześnie z systemem centralnego planowania funkcjonuje drugi system – rynkowy, w którym w sytuacji niedoboru pracowników prowadzone są negocjacje placowe. W tym przypadku wynagrodzenia będą rosły i dojdzie do rozwarstwienia wśród lekarzy. Jeżeli nic z tym nie zrobimy, nastąpi także odpływ lekarzy z systemu państwowego, przede wszystkim ze szpitali do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. To zjawisko już dziś obserwujemy w szpitalach powiatowych, w których nierzadko lekarz jest na wagę złota, a dyrektorzy są gotowi się zadłużyć, aby go zatrudnić. To rozwarstwienie w systemie ochrony zdrowia powoduje poczucie niesprawiedliwości u wszystkich, którzy pracują za płacę minimalną. To działa demotywująco i psuje atmosferę. Z pewnością czeka nas kolejny protest, jeśli ten się nie uda. Albo będziemy mieć dobry system wynagradzania i umowę społeczną z pracownikami ochrony zdrowia, albo co kilka lat będą wybuchały protesty związane z rozwarstwieniem płac – podsumował Łukasz Jankowski. ■