



# V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Rydzik

## ILE POWINIEN ZARABIAĆ LEKARZ – i według jakich zasad?

**N**a tytułowe pytanie, które było także nazwą jednego z paneli V Kongresu Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość – Foresight Medyczny oraz XV Hospital & Healthcare Management, pierwszy odpowiedział prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie Łukasz Jankowski.

– *Jako członkowi samorządu lekarskiego nie wypada mi i wręcz nie mogę, będąc związanym uchwałą samorządu, odpowiedzieć inaczej niż: trzy średnie krajowe dla lekarza specjalisty, dwie średnie krajowe dla lekarza bez specjalizacji. Mówiąc to, zwracam uwagę na fakt, że „zamknęliśmy się” w płaceniu za tytuł naukowy, a nie za realną pracę. Na to, ile powinien*

*zarabiać lekarz, patrzymy dziś przez pryzmat ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia – w niej zapisana jest właśnie siatka płac – podkreślił Jankowski.*

Maciej Bogucki z Europejskiego Centrum Strategii i Polityk w Ochronie Zdrowia, członek Zespołu Doradców Komisji Zdrowia Senatu, który był moderatorem sesji, kontynuował ten wątek: – *Odpowiedzmy na pytanie, na ile system wynagrodzeń lekarzy powinien być oparty na wycenie świadczeń zdrowotnych, a wysokość wypłat pozostawiona do decyzji zarządzającego podmiotem leczniczym, a na ile regulowany takimi parametrami, jak wynagrodzenie minimalne czy siatka płac, o której mówił prezes Jankowski. Czy*



XV

# HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

może sprawa powinna być regulowana centralnie? – zwrócił się z pytaniem do pozostałych panelistów: właściciela kancelarii doradczej Rafała Janiszewskiego, eksperta z zakresu ochrony zdrowia Adama Kozierkiewicza i byłego wiceministra zdrowia Piotra Warczyńskiego.

– Ustalenie jakichś siatek, jakichś płac minimalnych i maksymalnych mija się z celem, nie sprzyja systemowi. Dzisiaj ustalimy jedno, a za chwilę konieczna będzie nowelizacja. Wydaje się, że w ten sposób legislator sam sobie wyrządza krzywdę, bo pozbawia się narzędzia do stymulowania i kontrolowania pewnych zjawisk, postępu organizacyjnego, medycznego, do wykorzystania kadr, podnoszenia ich kwalifikacji. W mojej ocenie obowiązywanie siatki płac to ślepy zaułek. Trzeba wrócić do określenia własnego systemu wag – zwrócił uwagę Janiszewski.

Adam Kozierkiewicz wspominał o swojej publikacji „System wartościowania pracy lekarzy”.

– Celem jej stworzenia było zidentyfikowanie i określenie, jak pozycjonować wynagrodzenia lekarskie na przykład w stosunku do produktu krajowego brutto lub średnich wynagrodzeń w danym kraju. Opisano w niej sposoby kształtowania wypłat. Innymi słowy – zapisano, czy system wynagradzania powinien się opierać na siatkach płac czy na zadaniowości. Zwrócono w niej uwagę na system amerykański. Od 1992 r. w istotny sposób zmienił się w USA sposób opłacania usług lekarskich. W miejsce stawek wyrażanych w jednostkach monetarnych rząd federalny zastosował standaryzowany system płatności dla lekarzy w skali punktowej, opartej na zużyciu zasobów (Resource-Based Relative Value Scale – RBRVS). Ostateczna płaca lekarza kontraktowego jest wyliczana poprzez pomnożenie wartości punktowej przez tzw. conversion factor, wyrażony w jednostkach monetarnych, ustalany corocznie przez Center for Medicare and Medicaid Services – mówił. – W tym systemie stawki oblicza się na podstawie trzech składowych: pracy lekarzy, innych zasobów, w szczególności materiałów zużywalnych, które są stosowane w danej procedurze, ubezpieczenia cywilnego. Praca lekarza, średnio licząc, stanowi połowę wartości procedury. Te składowe są rozróżnione w stosunku do każdej z procedur – na przykład procedury dotyczące ginekologii i położnictwa mają znacznie większy komponent, nawet do 30 proc., kosztu związanego z ubezpieczeniem cywilnym – podkreślił.

– Ważne jest, by nie było systematycznego przechyłu wartości pracy w stosunku do jednej ze specjalności, akurat rynkowo wyżej wycenianej. Chodzi o to, żeby poszczególne grupy lekarzy mia-



Łukasz Jankowski.

*„Zamknęliśmy się” w płaceniu za tytuł naukowy, a nie za realną pracę. Na to, ile powinien zarabiać lekarz, patrzymy dziś przez pryzmat ustawy o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia*

ty wyrównane szanse zarobkowe. Ostatecznie nie jest tak, że to się do końca udało, ale generalnie taki był cel. Innymi słowy – dzięki temu unika się sytuacji, jak w naszym kraju, w której psychiatrzy są poszkodowani pod względem wynagrodzeń w stosunku do innych specjalistów – wyjaśnił Kozierkiewicz.





# V KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY



Fot. Patryk Rydzik

Adam **Kozierkiewicz**:

*W latach dziewięćdziesiątych obowiązywały w Polsce siatki płac w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i to było skrajnie antymotywacyjne*

Do tych słów odniósł się Rafał Janiszewski: – Należałoby się zastanowić nad określeniem roli medyka w „wytworzeniu” określonego i oczekiwanego przez płatnika efektu. Istotne jest to, żeby płacić ludziom za pracę, którą wystandardyzuje ktoś, kto przygotowuje strategię dotyczącą uzyskania efektów funkcjonowania systemu. I ten decydent, osoba odpowiedzialna, będzie wyceniał wartości świadczeń na podstawie ustalonych przez siebie priorytetów, w tym wartość wynagrodzenia medyka w zależności od jego „wkładu” w uzyskanie efektu – podkreślił.

Janiszewski przyznał, że największą bolączką jest brak standardów.

– Nasi lekarze leczą na dobrym poziomie, mają dostęp do wiedzy. Ta wartość potencjału intelektualnego przekłada się na umiejętności lekarza – na wykonywanie określonych procedur w celu zrealizowania danych części świadczenia. W mojej ocenie zwrócenie na to uwagi to klucz do ustalania wag wartości pracy w wytworzeniu danego świadczenia – podkreślił.

Adam Kozierkiewicz odwołał się do wspomnianej publikacji, zwracając uwagę na wynagrodzenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

– Wymieniono w niej wysokości płac w kilku krajach: w Australii krotkość średniego wy-

grodzienia lekarza POZ do średniego wynagrodzenia pracowników sektora produkcyjnego wynosi 2,7, w Kanadzie 4,8, w Finlandii 2,7, we Francji 2,9, w Nowej Zelandii 2,3, w Norwegii 1,6, w Wielkiej Brytanii 3,3, w Stanach Zjednoczonych prawie 6 – wyliczył. – Taki sposób określania wynagrodzenia nie wystarcza do odpowiedniego kształtowania płac i może działać antymotywacyjnie – zaznaczył.

Kozierkiewicz wspominał lata dziewięćdziesiąte: – Wtedy obowiązywały siatki płac w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i to było skrajnie antymotywacyjne. Wydaje się, że mimo wszystko system amerykański, o którym mówiłem, jest dość dobry. Trudno znaleźć obecnie lepsze rozwiązania – zasugerował.

Maciej Bogucki dodał, że „siatka płac wzbudza dużo postpeerelewskich emocji”.

– Jestem przeciwnikiem odbierania narzędzi zarządzającemu placówką medyczną. Prowadząc kancelarię doradczą, obsługuję dużą liczbę szpitali w Polsce i mogę jednoznacznie stwierdzić, że zarządzający mają swoje własne systemy wynagradzania, które są oparte właśnie na oczekiwanym efekcie. Tym samym menedżerowie stawiają się w roli płatnika, kalkulując koszty świadczenia. Mają jakiś standard jego realizacji dla danej placówki, wyliczony jest koszt, jaki ponosi szpital bez uwzględnienia wynagrodzenia lekarza. Z tego powstaje różnica między tymi kosztami a przychodem z Narodowego Funduszu Zdrowia. To jest reakcja zarządzających na brak lepszego rozwiązania i lepszej regulacji – skomentował Janiszewski.

Na pytanie Boguckiego, czy jest zwolennikiem pozostawienia decyzji o wypłatach kierownikom podmiotów leczniczych i zarządzania personelem w sposób oparty na efektywności, Janiszewski odpowiedział twierdząco.

Co na to prezes Jankowski?

– W mojej ocenie dziś w systemie płac jest absolutna wolna amerykanka i podkupywanie sobie pracowników. Zdarza się, że przenosi się pieniądze

Łukasz **Jankowski**:

*System wynagrodzeń powinien być gdzieś pośrodku – to znaczy powinien być komponent centralnie zarządzany i pewien ryczałt za pracę lekarza oraz dodatek motywacyjny*



XV

# HOSPITAL AND HEALTHCARE MANAGEMENT

Fot. Patryk Rydzik



Piotr **Warczyński**:

*W momencie gdy powstał Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwie system ubezpieczeniowy w Polsce się skończył. Wtedy zaczęła się droga, którą kroczymy do dzisiaj, a która w przypadku płac zniszczyła system*

z koszyków świadczeń na wynagrodzenia – właśnie po to, żeby móc zapłacić więcej i przyciągnąć pracownika do siebie. A winne są między innymi brak regulacji płacowych i braki personelu medycznego – przyznał. – System wynagrodzeń powinien być gdzieś pośrodku, to znaczy – powinien być komponent centralnie zarządzany i pewien ryczałt za pracę lekarza oraz dodatek motywacyjny – zasugerował Jankowski.

Piotr Warczyński mówił o „zupełnie innej drodze”, bo ta, którą w tej chwili podążamy, jest błędna.

– To droga do celu, ale wydaje mi się, że to nie jest cel, który chcemy osiągnąć – zaczął Warczyński. – W 1999 r., gdy tworzone były kasy chorych, założeniem było to, że do systemu wpływają określone pieniądze. Środki te były kontraktowane na konkretne szpitale i dzięki temu placówki osiągały przychody. To dyrektorzy decydowali, na co je wydają – czy inwestują, czy dają podwyżki. Zarządzający jednostkami kształtowali płace w ówczesnym systemie i to trwało kilka lat, dopóki nie zlikwidowano kas chorych. W momencie gdy powstał Narodowy Fundusz Zdrowia, właściwie system ubezpieczeniowy się skończył. Wtedy zaczę-

ła się droga, którą kroczymy do dzisiaj, a która w przypadku płac zniszczyła system. Przykład – w 2014 r. 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 niechcący uczestniczyłem. Po ustaleniu najniższych wynagrodzeń pod presją związków zawodowych nastąpiło określenie widełek. W ten proces wpisały się – wydaje się, że niechcący – izby zawodowe, które nie oponowały przeciwko ustalaniu minimalnych pensji – mówił Warczyński.

– Chcąc nie chcąc, dążymy do systemu budżetowego. Narodowy Fundusz Zdrowia podlega Ministerstwu Zdrowia, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich nie mają już nic do powiedzenia. Właściwie w tej chwili Ministerstwo Zdrowia jest władcą. Rządzący konsekwentnie dążą do tego, żebyśmy mieli system budżetowy, a w tym systemie są określone widełki płacowe. Pojawia się więc pytanie, po co będą dyrektorzy szpitali. Chyba pozostanie im tylko rola administratorów, którzy będą odpowiednio kierowali pieniędzmi otrzymanymi od płatnika – stwierdził.

– Oczywiście jestem za systemem, w którym sposób ustalania wynagrodzeń jest wyśrodkowany – nie sprawdzi się ani system w pełni wolny, ani w pełni budżetowy – podsumował Piotr Warczyński.

Krystian Lurka

Jeśli chcesz obejrzeć panel w sieci, zeskanuj kod QR



Fot. Adobe Stock