

# Złoto jest dla zuchwałych,



Z tegorocznego Medscape Physician Compensation Report jasno wynika, że w Stanach Zjednoczonych od 2021 r. wzrosły wynagrodzenia lekarzy. Kwotowo podwyżki są duże, ale procentowo, ze względu na wysoką bazę (wysokość zarobków tej grupy zawodowej), nie wyglądają już tak imponująco. Średnie wynagrodzenia lekarzy specjalistów wyniosły niespełna 4 proc., a lekarzy rodzinnych jedynie około 2 proc.

**ANNA GOŁĘBICKA**

Znacznie ciekawsze są jednak opisane w raporcie powody tej sytuacji – wskazano, że część lekarzy po pandemii przeszła na emerytury, a spory odsetek tej grupy zrezygnował z pracy z powodu wypalenia zawodowego. Dlatego w celu podniesienia efektywności poza podwyżkami pensji stosuje się premie motywacyjne. Otrzymuje je aż 57 proc. lekarzy. Ten dodatkowy składnik uposażenia przyznawany jest m.in. za „produktywność”, zadowolenie pacjenta i inne określone przez pracodawcę cele. Czy to dużo, czy mało, czy dobrze, czy źle i co z tego wynika? Przyjrzyjmy się danym i faktom, które warto poznać, aby rozumieć przyczyny tych decyzji.

### Amerykańska ochrona zdrowia

Amerykanie przebijają szklane sufity, jeśli chodzi o procentowy udział PKB na ochronę zdrowia. 18 proc. plus, aż zapiera dech w piersiach i jest to naprawdę dużo, ale... znakomita część tej puli to wydatki prywatne obywateli. Do tego należy dodać, że system ochrony zdrowia w USA jest chyba najdroższy na świecie. Dla porównania pacjent w USA za prosty zabieg (na przykład biopsji tarczycy) płaci nawet dwadzieścia razy tyle, ile w Polsce. Tłumaczy się to kosztami innowacji, badań klinicznych, nowymi lekami wpływającymi na ceny. Istotnym elementem mającym wpływ na ceny są też procesy i odszkodowania. Zasądzane bajonkie sumy zadośćuczynienia za błędy czy zaniedbania medyczne podbijają ceny ubezpieczeń, które są niebagatelny koszt placówek, przerzucanym ostatecznie na pacjentów w cenie usług.

To tyle koszty. Prawda jest też taka, że po prostu w USA rynek ustawił ceny usług medycznych na wysokim poziomie.

Jak wynika z raportu niezależnej grupy badawczej The Commonwealth Fund, mimo wielkich wydatków na zdrowie Amerykanie spotykają się z lekarzami rzadziej niż obywatele większości innych krajów, a gros upadłości konsumenckich ludzi z klasy średniej wynika z faktu, że ich ubezpieczenie nie obejmowało określonych typów leczenia, któremu musieli się poddać. To pokazuje, że wielkie nakłady nie dają wielkich korzyści obywatelom, a solidaryzm, tak ważny w medycynie, w USA dopiero raczkuje. Za ledwie od czasów reformy Baracka Obamy w 2010 r. system opieki zdrowotnej w USA zaczął być bardziej socjalny, mówiąc naszym językiem, a „socjalistyczny”, cytując tamtejsze opinie, i co za tym idzie – bardziej kontrolowalny przez państwo. Amerykanie, podobnie jak Polacy, mówią o niedostatecznej liczbie lekarzy. W USA, tak jak w naszym kraju, lekarze są wypaleni zawodowo, jednak wpływają na to zupełnie inne czynniki. Słowo klucz to presja. Lekarze, wchodząc do zawodu, zwykle studiowali na kredyt, więc startują z długiem do spłacenia. Wysokie ceny, jakie płaci pacjent, to ogromna presja dotycząca jakości usług. Do tego wspomniana kultura procesów

i odszkodowań – kolejna presja. Zupełnie inaczej patrzy się tam również na efektywność i odpowiednie wykorzystanie czasu pracy, więc presja po raz czwarty. Wielki plus to fakt, że z punktu widzenia organizacji w placówkach, a więc i realiów pracy lekarzy i personelu, rynek amerykański działa sprawniej niż polski. To tyle systemowo tytułem wstępu.

### Wynagrodzenia

Pierwsza kwestia, przykuwająca uwagę w raporcie Medscape, to zarobki lekarzy w USA. 382 tys. dolarów dla specjalisty – to, lekko licząc, ponad 130 tys. zł miesięcznie. Pamiętajmy, że jest to średnia, o której trudno mówić, nie znając najwyższych i najniższych wynagrodzeń oraz ich rozkładu chociażby na specjalizacje, typy placówek czy stany. Aby mieć choć przybliżony punkt odniesienia, powinniśmy zacząć od tego, że minimalna pensja w USA (liczona na podstawie wynagrodzenia za godzinę pracy) jest dwa razy wyższa niż Polsce, a średnia – mniej więcej dwa i pół raza. Jakie jest w takim razie średnie uposażenie lekarza specjalisty opisane w raporcie w porównaniu z polskimi realiami? Do tego jest nam potrzebna informacja, ile zarabia lekarz w Polsce. Niestety, ustalenie tego wskaźnika nie jest proste. Od 9201 zł do ponad 100 tys. zł miesięcznie, bo i takie dochody, jak potwierdziłby zapewne fiskus, gdyby mógł o tym opowiedzieć (może i lepiej, że nie może), wcale nieincydentalnie się zdarzają. Wynagrodzenie tej grupy zawodowej w Polsce to jeden z najbardziej powszechnych tematów tabu. Wszyscy wiedzą, że krocie, ale nikt nie wie, jak jest naprawdę. Po publikacji raportu Lekarze Oferty Pracy (LOP) zawsze pojawiają się skrajne opinie – od „gdzie tyle płacą” po „słabe te oferty”. Na pewno wiadomo tylko to, że lekarze zatrudniani na umowę o pracę w publicznej ochronie zdrowia zgodnie z ustawą nie mogą zarabiać mniej niż 9201 zł brutto na jednym etacie. Reszta to już czarna magia, węzeł gordyjski, tudzież stajnia Augiasza.

W tym samym szpitalu, na tym samym dyżurze jeden lekarz będzie pracował w ramach etatu (bo ma równoważny czas pracy), a co za tym idzie, otrzyma najniższe krajowe wynagrodzenie. Inny zatrudniony na etacie dostanie specjalny dodatek za dyżur. Kolejny etatowiec uzyska dodatek zależny od obsłużonych pacjentów. Następny będzie na kontrakcie i, podobnie jak wyżej, pracodawca też może zastosować kilka form rozliczania. Jeszcze inni mogą się dzielić wypracowanym zyskiem zgodnie z tym, co ze sobą i z dyrekcją ustalą. Już nie mówiąc o tym, że poza specjalistami są też stażyści czy rezydenci, którzy mają odrębne zasady wynagradzania. Zatem skoro na jednym dyżurze może być od opcji: nic więcej niż to, co w ramach etatu, po kilka tysięcy złotych za nockę, to co tu mówić o tym, ile zarabia lekarz w Polsce? Do tego trzeba dodać, że tylko w 2022 r. jedynie 27 proc. lekarzy było zatrudnionych wyłącznie w jednym miejscu (badania OZZL),

co pokazuje, że większość z nich z zasady lub przyzwyczajenia pracuje na więcej niż jednym etacie.

Odnoszę się zatem do tego, co jest realnie i skrupulatnie liczone, czyli szacunku, ile może zarobić lekarz w Polsce, opierając się na danych będących średnią z ofert pojawiających się na LOP. Minusem tej platformy jest jedynie to, że zbiera informacje od młodszych lekarzy i niejako nie widzi komercyjnego świata ordynatorsko-profesorskiego, dlatego przeciętna pensja oferowana przez rynek jest nieco zaniżona. Biorąc zatem pod uwagę stawki ze wstępnych szacunków LOP za pierwsze półrocze 2023 r., można uznać, że wskazane w raporcie średnie wynagrodzenie specjalisty w USA jest czterokrotnie wyższe niż w Polsce. Ale nie rozpędzajcie się z przeprowadzką do USA, polscy lekarze i lekarki. Poza sprawami nostryfikacyjnymi, lekarz w USA płaci bająnskie sumy na ubezpieczenie, a ponadto podatki federalny i stanowy (w większości stanów). Poza tym w większości przypadków podlega niemalże dyscyplinie wojskowej (i tu pojawia mi się przed oczami parking przed polską kliniką, w niektórych placówkach pustoszejący już po 13.00).

### Higiena i motywacja według Herzberga, czyli co motywuje do pracy

Motywacja zawodowa lekarzy to bardzo istotny czynnik wpływający na jakość opieki medycznej oraz ogólną efektywność systemu opieki zdrowotnej. Ale czy opisane w raporcie Medscape podwyżki faktycznie są taką zachętą? Większość badań behawioralnych pokazuje, że poza wyjątkowymi sytuacjami pieniądze nie mobilizują do pracy. Serio! Teoria motywacji Herzberga, nazywana również dwuczynnikową, wyodrębnia dwie kategorie pobudek wpływających na motywację zawodową: higieniczne, które, jeśli zostaną naprawione, to pracownik będzie zadowolony, ale nie zmotywuje go to do pracy, i motywujące, rzeczywiście wpływające na satysfakcję i lepszą pracę. Czynniki higieniczne obejmują warunki pracy, np. hałas, posiadanie własnej szafki, odpowiednie oświetlenie oraz aspekty środowiskowe. Należą do nich również relacje z przełożonymi, a także jakość zarządzania w placówkach medycznych oraz uwaga... wynagrodzenie.

Według Herzberga pieniądze mogą nas jedynie zniechęcić, jeśli są za małe albo niesprawiedliwie dystrybuowane. W części „higiena” mieszczą się też w większości problemy polskiego szpitala, czyli obciążenie lekarzy stertą papierologii, poszukiwaniem wolnego łóżka dla pacjenta w całym szpitalu czy wyklucaniem się z kolegami, kto na swój oddział przyjmie pacjenta z SOR. Usunięcie tego wszystkiego nie zmotywuje, ale sprawi, że nie będzie frustracji i wypalenia, a lekarz nie przejdzie do sektora prywatnego lub nie wyjedzie za granicę.

W polskim systemie zdrowia wiele wyzwań jest związanych z czynnikami higienicznymi. My nawet nie dochodzimy do motywacji. To western, w którym ście-

rają się źli i dobrzy, tyle że jakoś ci dobrzy się jeszcze nie przebili. Lekarze często pracują w warunkach nieoptymalnych, na co wpływ mają kiepska organizacja oraz niesprawiedliwe, niejasne i dlatego frustrujące wynagrodzenie. Te aspekty mogą wpływać negatywnie na motywację zawodową.

Czynniki motywujące to zadania dające poczucie osiągnięcia celu, samorealizacji, rozwoju zawodowego i satysfakcji z pracy. W Polsce lekarze coraz częściej szukają miejsc nie tylko z zagwarantowaną higieną, ale i rzeczywistą motywacją. Często obserwujemy to na grupie LOP, gdzie poszukujący zatrudnienia pytają nie tylko o stawki, ale też o warunki, możliwości realizacji zawodowych pasji i ambicji oraz o atmosferę pracy. Odnosząc się zatem do raportu Medscape, który mówi o tym, że 3-procentowy wzrost dochodów miałby zmotywować pracowników, to na polskim rynku nie jest to absolutnie realne. Taki bonus to nadbudówka nad czymś, co działa, narzędzie służące do poprawy jakiegoś elementu. Umycie dziurawej ulicy nie poprawi jednak komfortu jazdy.

### Motywacja lekarzy w Polsce

Analizując pobudki polskich lekarzy w kontekście teorii Herzberga, można wskazać kilka kluczowych wniosków i rekomendacji. Na początek konieczne jest zadbanie o higienę, czyli wyeliminowanie tego, co przeszkadza. System opieki zdrowotnej musi inwestować w poprawę warunków pracy, sprawiedliwość wynagradzania i awansu oraz lepsze zarządzanie placówkami medycznymi. To pomoże zminimalizować niezadowolone i wypalone zawodowo. Najpierw trzeba zbudować fundamenty, dać poczucie bezpieczeństwa, uczciwości i współpracy. Zaproponować jasne zasady, dzięki czemu każdy będzie wiedział, ile może zarobić i za co. Dopiero na tym można rozwijać motywację. Tu ważne jest wspieranie rozwoju zawodowego lekarzy, zapewnianie im dostępu do nowoczesnych technologii i szkoleń. Dzięki temu będą bardziej zaangażowani w pracę i usatysfakcjonowani zawodowo. Niezbędny jest również dialog i partycypacja. Lekarze powinni być zaangażowani w procesy decyzyjne dotyczące systemu opieki zdrowotnej, co pozwoli na uwzględnienie ich potrzeb i spojrzenie na rozwiązania z ich perspektywy.

Twórcy programów lojalnościowych już dawno wiedzieli, że lojalności nie kupi się za pieniądze. Prawdziwa lojalność to wspólne wartości, warunki, w których się chce pracować. Potem można ustalać efektywnościowe KPI (key performance indicators) i za nie płacić, ale to już bardziej były grywalizacja i zarządzanie celami niż motywacja. Tyle że najpierw trzeba zbudować fundamenty, w których jest ukryta godna i sprawiedliwa pensja. Niestety, na razie coraz większą popularność zyskuje zasada: złoto jest dla zuchwałych, a pacjent jest po to, by rozliczyć procedurę.

Anna Gołębicka jest ekonomistką, strategiem komunikacji i zarządzania, a także ekspertem Centrum im. Adama Smitha