

# Formy zatrudniania i wynagradzania lekarzy w Polsce z perspektywy polskiego neurologa pracującego w Danii

## Forms of employment and remuneration of doctors in Poland from the perspective of Polish neurologist working in Denmark

ARKADIUSZ WĘGLEWSKI

Department of Neurology, Copenhagen University Hospital Herlev, Herlev, Denmark

Polski neurolog pracujący w Danii opisał najważniejsze aspekty organizacyjne duńskiego modelu opieki zdrowotnej. Zwrócił szczególną uwagę na różnice w organizacji systemu opieki zdrowotnej między Danią a Polską, a w szczególności na istotne różnice w sposobach zatrudniania i wynagradzania lekarzy w obu krajach. Podane zostały uwagi o możliwościach optymalizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** system opieki zdrowotnej, zarobki lekarzy, neurologia, neurolog, Dania, Polska

Polish neurologist working in Denmark described the most important aspects of the organization of the Danish health care model. He drew attention to the differences in the organization of the health care system between Denmark and Poland and in particular to the important differences in the ways of employment and remuneration of doctors in both countries. The author commented on the possibilities of optimizing the Polish health care system.

**Key words:** health care system, earnings of physicians, neurology, neurologist, Denmark, Poland

© Hygeia Public Health 2016, 51(2): 231-233

www.h-ph.pl

Nadesłano: 24.06.2016

Zakwalifikowano do druku: 25.06.2016

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

dr med. Arkadiusz Węglewski

Copenhagen University Hospital Herlev

Ringvej 75, 2730 Herlev, Denmark

e-mail: Arkadiusz.Weglewski@regionh.dk, arkweg@me.com

Mimo, że Polska i Dania mają co do zasady podobną ogólną organizację systemu publicznej ochrony zdrowia, sposoby zatrudniania i wynagradzania lekarzy w obu krajach są istotnie różne. Kończący studia polscy i duńscy lekarze odbywają staż podyplomowy [1, 2]. W Polsce były plany jego likwidacji, ale najpewniej nie wejdą jednak w życie. Wynagrodzenie lekarza stażysty jest w obu krajach jednakowe dla wszystkich stażystów. Duńscy młodzi lekarze zarabiają znacznie więcej, ale wynika to z wiadomych różnic kosztów życia i dochodu narodowego obu krajów. Proces ubiegania się i odbywania szkolenia specjalizacyjnego jest dość podobny w Polsce i w Danii, jednak lekarz specjalizujący się w Danii musi w trakcie trwania specjalizacji kilkakrotnie zmieniać miejsce pracy [3, 4]. W Polsce swój zasadniczy staż specjalizacyjny odbywa tylko w jednym ośrodku. Na tym etapie życia zawodowego polski i duński system nie różnią się jeżeli chodzi o sposób wynagradzania lekarza. W Danii obowiązują wynegocjowane i jednakowe w całym kraju wynagrodzenie dla młodych lekarzy. W Polsce sytuacja ma się podobnie, gdyż pensję rezydenta ustala i wypłaca Ministerstwo Zdrowia [5, 6]. Pewne różnice w Polsce mogą

być spowodowane innymi w poszczególnych szpitalach stawkami za dodatkowe godziny pracy (dyżury).

Lekarz-specjalista rozpoczynający swoją karierę w systemie publicznym w Danii ma jasną i powszechnie obowiązującą perspektywę rozwoju zawodowego (starszy asystent, ordynator-konsultant, kierownik oddziału) oraz pewność co do wynegocjowanych na poziomie krajowym warunków pracy i płacy. Nie ma tu znaczenia czy jego kariera będzie rozwijać się w Kopenhadze, czy gdzieś na Jutlandii. Warunki pracy lekarzy-specjalistów oraz ich rozmieszczenie na terenie kraju są określone i nadzorowane w sposób zaplanowany i dobrze zorganizowany. Specjaliści pracują w szpitalach, lub też jako wolno praktykujący, mający własne praktyki specjalistyczne, świadczące usługi dla publicznego systemu ochrony zdrowia. Na tym tle sytuacja lekarza w Polsce, rozpoczynającego karierę jako specjalista jest w znacznym stopniu niewiadoma i kompletnie nieuregulowana. Przede wszystkim w Polsce praktycznie nie istnieją żadne formy wynegocjowanych krajowych zasad wynagradzania lekarzy-specjalistów. Pensja za ten sam zakres obowiązków i godzin pracy może różnić się drastycznie

w zależności od regionu kraju, a nawet różni się między szpitalami w tym samym regionie i mieście. Poza tym polski specjalista pracuje zdecydowanie większą ilość godzin w miesiącu, niż duński. W ostatnich 10 latach zaszły w polskim publicznym systemie opieki zdrowotnej zmiany, które spowodowały, że coraz więcej lekarzy rezygnuje z pracy etatowej, a zamiast tego zatrudnia się w publicznych szpitalach na zasadzie kontraktu. Lekarz zawiera umowę ze szpitalem jako firma świadcząca temu szpitalowi określone w umowie usługi i wynagradzana, najczęściej za godzinę pracy, według wynegocjowanej indywidualnie stawki za godzinę pracy. Ten rodzaj umowy o pracę pozbawia lekarza wynagrodzenia za urlop (nie pracuje, nie zarabia), wynagrodzenia w razie choroby, chyba, że ubezpieczy się sam na taką możliwość. Poza tym musi również wykupić własne, odpowiednio wysokie, ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej [5]. Ta forma zatrudnienia lekarza w publicznym systemie jest praktycznie nieznana w Danii. Wynagrodzenie za godzinę pracy różni się w znacznym stopniu w zależności od regionu Polski, różni się pomiędzy szpitalami, a nawet istotne różnice są między lekarzami zatrudnionymi w tym samym szpitalu. Według danych polskiego Ministerstwa Zdrowia opublikowanych w 2015 roku średnie wynagrodzenie miesięczne lekarza-specjalisty w Polsce zatrudnionego na etacie wynosi około 7502 PLN, a zatrudnionego w ramach kontraktu 10016 PLN. Jednak różnice w wynagrodzeniach są ogromne. Minimalne wynagrodzenie lekarza-specjalisty w publicznym systemie opieki zdrowotnej w Polsce to było zaledwie około 1700 PLN na miesiąc, choć tak niska płaca jest rzadka. Maksymalne wynagrodzenie specjalisty wyniosło około 39000 PLN na miesiąc. Istnieją też znaczne różnice między regionami. Średnie wynagrodzenie za godzinę pracy lekarza specjalisty w województwie mazowieckim było na poziomie około 65 PLN, a w województwie zachodniopomorskim na poziomie 48 PLN [6].

Bardzo istotna jest specjalność, gdyż niektórzy specjaliści zarabiają znacznie więcej od innych. Szczególnie dobrze wynagradzani są anestezjolodzy, radiolodzy, kardiolodzy inwazyjni, onkolodzy. Tym samym, w publicznym szpitalu lekarz np. internista pracuje zarabiając 50 PLN na godzinę, a jego kolega anestezjolog lub kardiolog inwazyjny zarabia nawet 120 PLN za godzinę. Niestety, jest to dość powszechna praktyka. Moim zdaniem wynika to w znacznym stopniu z braku koordynacji i planowania racjonalnego rozmieszczenia usług medycznych na terenie Polski. Odpowiedzialność za to ponoszą politycy i urzędnicy zarządzający systemem. Skutek jest taki, że bardzo często lokalne władze, a nawet dyrektorzy pojedynczych szpitali decydują o powoływaniu specjalistycznych oddziałów i ośrodków. Chcąc zapewnić w nich

obsadę lekarską „kupują” specjalistów oferując im wysokie wynagrodzenia. Dotyczy to jednak tylko tych specjalności, które mają dobrze wycenione i opłacane przez publiczny system usługi.

Kolejną dość istotną różnicą w organizacji pracy lekarzy specjalistów w Polsce i w Danii jest fakt, że całkiem spora grupa lekarzy w Polsce pracuje w ambulatoryjnych ośrodkach specjalistycznych, które nie są związane ze szpitalem. Czasami są to duże jednostki posiadające wiele poradni specjalistycznych i zatrudniające nawet kilkudziesięciu lekarzy. Jest to zjawisko nieznane w publicznym systemie duńskim. Tutaj są prywatnie praktykujący specjaliści, ale stanowią tylko uzupełnienie systemu, a zasadnicze ambulatoryjne zaplecze specjalistyczne jest ulokowane i związane ze szpitalami w regionie. Tym samym istnieje ciągłość opieki nad chorym przez tych samych lekarzy, którzy leczyli go w trakcie hospitalizacji. Jest to zdecydowanie bardziej racjonalny system.

Jako polski lekarz, który od około 7 lat pracuje w Danii, mam własne wnioski i pomysły dotyczące zmian, które są niezbędne w Polsce, aby ten chaos w zatrudnianiu i wynagradzaniu lekarzy w Polsce uporządkować. Nie jest normalną sytuacją, gdy publiczne pieniądze finansujące system są wydawane w tak asymetryczny i nierównoważony sposób.

Moim zdaniem pierwszoplanową sprawą jest ogórne uporządkowanie systemu i określenie racjonalnego rozmieszczenia szpitali, usług medycznych, a tym samym racjonalnego rozmieszczenia lekarzy specjalistów na terenie kraju. Taka organizacja powinna umożliwiać optymalne wykorzystanie kadr medycznych. Jest to zadanie dla polityków i urzędników. Tworzenie ośrodków wysokospecjalistycznych powinno być koordynowane na poziomie województwa, a nawet kraju. Należy zdecydowanie przesunąć lekarzy specjalistów w systemie publicznym i skupić ich w szpitalach. Opieka nad chorym powinna być ciągła, a jednocześnie możliwie kompleksowa, co najlepiej zapewnia szpital. Niezbędne jest też ustalenie na poziomie krajowym pewnych ram w wynagradzaniu lekarzy i określenie jasnych i obowiązujących wszystkich zasad zatrudniania lekarza specjalisty w publicznym szpitalu. Polska jest dużym krajem i pewne różnice w zarobkach między regionami są nie do uniknięcia, ale powinny one zawierać się w jakimś określonym z góry przedziale. Przecież pensje lekarzy w systemie publicznym wypłacane są z pieniędzy podatników, a więc sposób ich wydawania musi być regulowany i kontrolowany. Tego brakuje, a tym samym obawiam się, że powoduje marnotrawstwo publicznych pieniędzy.

Konieczna jest także racjonalna wycena świadczeń medycznych przez urzędników, tak aby nie było procedur wycenianych tak dobrze, że szpitalom szczególnie opłaca się je wykonywać (np. w kardio-