

Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek na tle innych zawodów w latach 2001–2010

Zdzisław Czajka

Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie

Adres do korespondencji: Zdzisław Czajka, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 01-022 Warszawa, ul. Bellottiego 3B

Abstract

Doctors and nurses payment in comparison with other occupations (2001–2010)

This article aims at presenting relationship between doctors and nurses payment in public health services, after the reform from 1999. Increase of salaries for medical personnel was a very important government problem in the nineties. Doctors and nurses demanded to increase their salaries. Trade unions demanded a level of salaries adequate to importance and function of health service in the whole economy and doctors and nurses qualifications. Between government suggestions and medical personnel expectations of salary increase, there was a considerable difference. One rule of reform in public health service in 1999 was financing wages from the National Health Fund. The article presents factors influencing the level of payment of medical personnel, the payment relationship between health service and other occupations, the influence of employment seniority on payment diversity, the relationship between women and men as well as the influence of payment on doctors' emigration. Results of information presented in this article show that the payment relationship between doctors and nurses in comparison with other occupations changed between 2001 and 2010 for the better.

Key words: doctors and nurses, occupations, payment, public health service

Słowa kluczowe: lekarze i pielęgniarki, publiczna ochrona zdrowia, wynagrodzenie, zawody

Wstęp

Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek w Polsce od dawna wywołują emocje zainteresowanych, gdyż w porównaniu z innymi zawodami czują się niedowartościowani. Na podstawie opinii wyżej wymienionych pracowników lub badań opinii publicznej nie można jednak oceniać poprawności relacji wynagrodzeń w gospodarce oraz ich adekwatności do złożoności i odpowiedzialności pracy, gdyż są na ogół subiektywne. Zupełnie inaczej wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek oceniają pacjenci, biorąc głównie pod uwagę niezadowolający poziom świadczonych usług. Pacjenci wiedzą, że większość lekarzy pracuje w kilku placówkach, w tym we własnych gabinetach, które przynoszą znaczne dochody. Według sondażu „Rzeczpospolitej” z grudnia 2007 r. 47% ankietowanych uważało, że lekarze w placówkach publicznych powinni zarabiać w przedziale 3000–5000 zł, a pielęgniarki 2000–3000, czyli niewiele więcej niż wówczas zarabiali, a tylko 22% proponowało płace lekarzy na poziomie

10 000 zł¹. Ponieważ przeciętne wynagrodzenie w gospodarce wynosiło w tym czasie 2673 zł, można przyjąć, że według opinii społecznej płace lekarzy powinny się mieścić w przedziale od średniej do dwukrotnej średniej w gospodarce, a pielęgniarek w granicach od 75% do nieco powyżej średniej. Sądzę, że lekarze i pielęgniarki powinni znać opinie pacjentów, gdyż wiążą oni poziom wynagrodzeń z poziomem usług medycznych, czyli jakością pracy, a nie z jej złożonością i trudem włożonym w zdobycie zawodu, na co zwracają uwagę zwłaszcza lekarze. Opinia społeczna o poziomie wynagrodzeń w służbie zdrowia nie uległa zmianie w ostatnich latach, gdyż w mediach prezentuje się głównie negatywne przypadki zachowań personelu medycznego.

Przesłanką przygotowania artykułu na temat relacji wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek w publicznej służbie zdrowia w stosunku do innych zawodów są rozbieżne opinie na ten temat pacjentów i pracowników służby zdrowia oraz ocena zmian w płacach po reformie z 1999 r. Na podstawie badań GUS oraz innych informa-

cji podjęto próbę wyjaśnienia, że wbrew opiniom wielu lekarzy i pielęgniarek relacje ich płac przeciętnych, w stosunku do zawodów i specjalności w innych działach gospodarki, wymagających podobnych kwalifikacji, uległy zdecydowanej poprawie między rokiem 2001 i 2010, a więc w wyniku reformy z 1999 r. Ponieważ lekarze, pielęgniarki i położne są zaliczeni w Klasyfikacji Zawodów i Specjalności do grupy „specjaliści”, a jednocześnie w 2001 r. GUS nie podawał informacji o płacach lekarzy, w artykule dokonano także oceny relacji płac „specjalistów ochrony zdrowia”. Należą do nich lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, farmaceuci, diagnostycy, epidemiolodzy, rehabilitanci, specjaliści organizacji, a także lekarze weterynarii. Wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek porównano także z przeciętnym wynagrodzeniem kierowników podstawowych komórek organizacyjnych w gospodarce, nauczycieli, informatyków, prawników, specjalistów do spraw zarządzania.

Ponieważ pielęgniarki do 2004 r. były zaliczane do średniego personelu medycznego w grupie „technicy i inny personel średni”, gdyż nie wymagano od nich wykształcenia wyższego², w porównaniach uwzględniono również kilka zawodów z tej grupy, a także robotników w przemyśle przetwórczym oraz monterów maszyn i robotników przy pracach prostych. Chodzi o pokazanie, czy pielęgniarki wykonujące bardziej odpowiedzialny zawód i posiadające wykształcenie średnie i wyższe są lepiej czy gorzej wynagradzane od robotników w tych zawodach. W ocenie relacji płac lekarzy i pielęgniarek ważna jest też informacja, że badania GUS obejmują tylko wynagrodzenie pracownika w podstawowym miejscu pracy. Przy okazji trzeba wyjaśnić, w związku z cytowanymi na początku artykułu opiniami pacjentów, że ustalając wynagrodzenie w danym miejscu pracy, pracodawca nie bierze pod uwagę, czy pracownik posiada dodatkowe źródła dochodów.

W artykule przedstawiono podział wynagrodzeń na sektor publiczny i prywatny, ale w ochronie zdrowia dominują placówki publiczne, w których w 2010 r. pracowało 68% lekarzy, 75% pielęgniarek i 73% położnych [1]. Na podstawie płac w tych placówkach personel dokonuje oceny swoich wynagrodzeń, mimo iż większość lekarzy pracuje w obu sektorach jednocześnie. Wynagrodzenia z pracy dodatkowej w placówkach prywatnych są traktowane najczęściej jako uzupełniające. Pracę w placówkach prywatnych znaczna część lekarzy uzasadnia zbyt niskimi płacami w publicznych, chociaż niezależnie od poziomu wynagrodzenia w podstawowym miejscu pracy zawsze pracowali oni w innych placówkach. Oceniając poziom wynagrodzeń w sektorze prywatnym, trzeba pamiętać, że może on być zaniżony, gdyż nie wszystkie składniki są rejestrowane. Według powszechnej opinii w firmach prywatnych wynagrodzenia specjalistów w różnych zawodach i kadry kierowniczej są wyższe niż w publicznych, ale z cyklicznych badań GUS struktury wynagrodzeń według zawodów I specjalności wynika, że jest raczej odwrotnie.

Oczekiwania lekarzy i pielęgniarek w zakresie wynagrodzeń

Przechodząc do oceny relacji wynagrodzeń, trzeba przypomnieć propozycje związków zawodowych lekarzy i pielęgniarek oraz Naczelnej Izby Lekarskiej, czyli oczekiwania pracowników, aby sprawdzić, czy zostały one spełnione. Po wprowadzeniu gospodarki rynkowej wzrosły nadzieje pracowników w wielu zawodach na poprawę sytuacji materialnej, która w końcu lat 80. uległa pogorszeniu. Większość porównywała swoje płace do przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce.

W ochronie zdrowia od początku lat 90. zgłaszano do resortu zdrowia różne propozycje w odniesieniu do poziomu płac w ochronie zdrowia [2]. Związkowcy postulowali wówczas, aby stawka zasadnicza lekarzy w pierwszym roku pracy była równa prognozowanemu przeciętnemu wynagrodzeniu w sektorze przedsiębiorstw, natomiast po pierwszym roku pracy lekarzy bez specjalizacji – 1,5-, lekarzy z I stopniem specjalizacji – 2,5-krotności tej płacy, a dla lekarza specjalisty jej 3,5-krotności. Natomiast dla pielęgniarek proponowano, aby ich przeciętna była równa przeciętnej płacy w gospodarce. Propozycje te stały się podstawą kolejnych żądań związkowców w następnych latach [2]. Podobne rozwiązanie proponowała Naczelna Rada Lekarska, ale obliczane w odniesieniu do przeciętnej krajowej płacy: lekarz bez specjalizacji – dwukrotną krajową, lekarz z I stopniem specjalizacji – 2,5-krotną, lekarz specjalista – trzykrotną.

Gdyby te propozycje zostały wówczas przyjęte, w roku 2010, według związku zawodowego lekarzy wynagrodzenia lekarzy i pielęgniarek powinny wynosić: stawka zasadnicza lekarza w pierwszym roku pracy – 3423 zł, stawka zasadnicza lekarza bez specjalizacji – 5134 zł, lekarza z I stopniem specjalizacji – 8557 zł, lekarza specjalisty – 11 980 zł, przeciętne wynagrodzenie pielęgniarki – 3224 zł. Natomiast według propozycji Naczelnej Rady Lekarskiej przeciętne wynagrodzenie lekarza bez specjalizacji wynosiłoby 6448 zł, lekarza z I stopniem 8060 zł, a lekarza specjalisty 9672 zł.

Z kolei Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy zaproponował ustawowe określenie minimalnego wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia, argumentując to przede wszystkim koniecznością zagwarantowania dolnego poziomu opłacania wysokich kwalifikacji lekarzy. Zjazd lekarzy w styczniu 2006 r. potwierdził, że płaca minimalna dla lekarza bez specjalizacji powinna wynosić 5000 zł, dla lekarza specjalisty 7500 zł, a dla pielęgniarki 3000 zł. W miarę wzrostu kwalifikacji (wykształcenia i doświadczenia) oraz awansu stanowiskowego płaca powinna wzrastać³. W podsumowaniu artykułu dokonamy oceny tych propozycji na tle przeciętnych wynagrodzeń w 2010 r.

Zważywszy, że w okresie uzgadniania tych propozycji przeciętna płaca lekarzy była tylko w granicach 25% wyższa od przeciętnej w sektorze przedsiębiorstw, a pielęgniarek i położnych stanowiła około 75% płacy krajowej, koszty ich wprowadzenia byłyby dla budżetu państwa nierealne. Dlatego dalsze negocjacje między resortem zdrowia a organizacjami związkowymi na ten temat zostały przerwane.

Ostatecznie rząd, realizując zasadę ograniczania wydatków publicznych, zaproponował tzw. ekonomizację publicznej służby zdrowia, czyli pokrywanie wszystkich wydatków z funduszu zdrowia, którym najpierw dysponowały Kasy Chorych, a po ich likwidacji Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), oraz dochodów własnych, m.in. finansowania niektórych świadczeń medycznych przez pacjentów. Wróciła też dyskusja ze związkami zawodowymi na temat wzrostu płac [2].

Z reformą pracownicy ochrony zdrowia wiązali nadzieje na szybszy wzrost płac i zdecydowaną poprawę relacji w stosunku do innych zawodów. Związkowcy domagali się od rządu zagwarantowania w budżecie państwa środków na podwyżki. Tymczasem w pierwszych latach w niektórych placówkach nastąpiło nawet obniżenie wynagrodzeń lub zbliżenie płac na różnych stanowiskach lekarskich oraz zmniejszenie różnic do pielęgniarek. Płace wzrastały głównie dzięki przejściu z umów o pracę na umowy cywilno-prawne (kontrakty) oraz licznym akcjom strajkowym, organizowanym głównie przez pielęgniarki. Pracownicy ochrony zdrowia przez wiele lat po reformie nie akceptowali finansowania wynagrodzeń przez NFZ, zgłaszając żądania wzrostu płac do rządu. Na łamach „Służby Zdrowia” stwierdzono w 2005 r., że „lekarze są obrażani przez własne państwo, w którym warunki pracy i płacy uniemożliwiają im normalne życie (...). W cywilizowanym kraju profesjonalista, jakim jest lekarz, nie może zarabiać mniej niż glazurnik (...), a lekarka tyle co specjalistka od pedicure” [3].

Zwrócono też uwagę na powiązanie niskich wynagrodzeń z pogarszającą się jakością usług medycznych oraz na to, że w państwach UE „wykonywanie zawodu lekarza przestało być tylko powołaniem, a stało się metodą zarabiania pieniędzy oraz sposobem na dostatnie życie”. Chociaż opinia ta jest nieetyczna i potwierdza materialne podejście wielu lekarzy do leczenia, wynika z niej głębszy sens, nawiązujący do teorii ekonomii i teorii kapitału ludzkiego, że wynagrodzenie powinno odzwierciedlać wysiłek pracownika włożony w uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania danego zawodu oraz wartość wykonanej pracy i jej znaczenie społeczne [4]. Nie oznacza to jednak, że w każdym kraju można za tę samą pracę otrzymać podobne wynagrodzenie. Oceniający poziom własnego wynagrodzenia i porównujący je z poziomem w innych krajach nie uwzględniają ważnej zasady, opartej na prawach ekonomii, że poziom wynagrodzeń w danym kraju zależy od poziomu jego rozwoju społeczno-gospodarczego, mierzonego głównie wielkością Produktu Krajowego Brutto *per capita* oraz poziomem wydajności pracy.

Problem przyszłych wynagrodzeń lekarzy występuje już wśród studentów medycyny. Mają oni świadomość, że zdobycie zawodu lekarza jest znacznie trudniejsze, bardziej czasochłonne w porównaniu z innymi, że lekarze ponoszą wysoką odpowiedzialność za życie oraz zdrowie społeczeństwa i powinni zarabiać znacznie więcej w stosunku do innych zawodów o podobnych kwalifikacjach. W trakcie badań prowadzonych przez doktoranta na Wydziale Lekarskim UJ w 2007 r. jeden ze studentów VI roku stwierdził, że „2–3 tys. zarabia

ktoś, kto ma wykształcenie średnie, a my siedzimy 13 lat nad tym, aby być lekarzem specjalistą i to jest duża różnica. Ktoś, kto kończy szkołę średnią, robi kurs zawodowy i pracuje na średnim stanowisku, dostaje 2–3 tys. zł”. Inny student stwierdził, że „zawód lekarza jest zawodem, który powinien być nobilitowany, więc jego pozycja w społeczeństwie powinna być podkreślana także przez pensję”. Studenci wskazywali też na konieczność ciągłego podwyższania kwalifikacji, aby nadążyć za postępem w medycynie, wiążącą się z własnymi wydatkami [5]. Niektórzy badani uzależniali również podjęcie pracy w Polsce, np. w szpitalu powiatowym, od wysokości proponowanego wynagrodzenia. Studenci UJ wymieniali też, ile chcieliby zarabiać netto po skończeniu studiów w pierwszym miejscu pracy. Propozycje zawierały się w granicach 1800–3000 zł u kobiet i 2500–6000 zł u mężczyzn [5]. W wynagrodzeniu brutto oznacza to kwoty od około 2300 do 7800 zł. Oceniając te oczekiwania, na tle średniej płacy w gospodarce w 2007 r. (2673 zł brutto), trzeba przyznać, że większość studentów, zwłaszcza mężczyzn, oceniła swoje możliwości zarobkowe nierealnie. Oznacza to brak rozeznania studentów kończących studia lekarskie w mechanizmach ekonomicznych placówek ochrony zdrowia, niezajomość wartości pracy początkującego lekarza, które mogą być powodem frustracji, a następnie poszukiwania pracy w innym kraju.

Jednak w ostatnich dwóch latach problem płac w ochronie zdrowia nie pojawia się w mediach, brak też informacji o akcjach protestacyjnych na tle wynagrodzeń na stronach internetowych Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Sekcji Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność”. Może to świadczyć o zrozumieniu przez związkowców i pracowników mechanizmów ekonomicznych w ochronie zdrowia oraz o wzroście zadowolenia, głównie lekarzy z obecnego poziomu płac. Nie zniknęło bowiem całkowicie niezadowolenie z poziomu płac, chociaż jest ono obecnie mniejsze i sygnalizowane przez mniejsze grupy pracowników. Pracownicy niezadowoleni z poziomu płac najczęściej nie wiedzą, jaka jest sytuacja płacowa w innych zawodach, gdyż nie mają odpowiednich informacji. Krytykując, nie mają świadomości, że ich płace mogły wzrosnąć szybciej od innych. Taka sytuacja jest w ochronie zdrowia. Nadal niezadowolone są pielęgniarki i położne, mimo iż ich przeciętne płace w 2010 r. były na poziomie średniej w gospodarce, podczas gdy w 2001 r. stanowiły tylko 68% tej płacy.

Czynniki decydujące o różnicowaniu wynagrodzeń w ochronie zdrowia

Oceniając poprawność różnicowania wynagrodzeń, nie tylko między pracownikami ochrony zdrowia na różnych stanowiskach, lecz także w porównaniu z zawodami w innych działach gospodarki, trzeba przypomnieć, jakie czynniki powinny o tym decydować. Dzięki nim można ocenić, czy w różnych dziedzinach prace o podobnym stopniu złożoności i odpowiedzialności pracy są podobnie wynagradzane. Czynniki te można podzielić na dotyczące pracowników oraz dotyczące placówek ochrony

zdrowia. Najważniejszym czynnikiem wpływającym na poziom płacy pracownika są jego kwalifikacje, mierzone poziomem wykształcenia i doświadczeniem zawodowym. Chodzi oczywiście o kwalifikacje zgodne ze stopniem złożoności wykonywanej pracy [2].

Zależności między wykształceniem i doświadczeniem a wynagrodzeniem najbardziej są widoczne w skali gospodarki. W 2010 r. wynagrodzenie pracowników z wykształceniem wyższym magisterskim w sektorze publicznym było o 49% wyższe od wynagrodzenia pracowników z wykształceniem zasadniczym zawodowym, podobnie wynagrodzenie pracowników z ponad 20-letnim stażem było wyższe o ponad 55% od pracowników z poniżej 1,9-letnim stażem [7]. Zależności te nie zawsze są natomiast widoczne w konkretnej placówce, ze względu na przyjęty system wynagradzania oraz wielkość środków na wynagrodzenia. W kształtowaniu wynagrodzeń w różnych organizacjach gospodarczych występuje zasada, według której przy niedoborze środków wynagrodzenia pracowników o różnych kwalifikacjach są bardziej zbliżone do organizacji dysponujących większymi środkami. Tak było w wielu szpitalach i przychodniach w pierwszych latach po reformie z 1999 r. Występowały niewielkie różnice między płacami całkowitymi lekarzy młodszych asystentów i asystentów, a nawet starszych asystentów [2]. Na zależności te zwracają uwagę szczególnie lekarze, gdyż zdobycie kwalifikacji, a następnie ich uzupełnianie wymaga większego wkładu pracy i czasu niż w innych zawodach wymagających wykształcenia wyższego.

Z teorii kapitału ludzkiego wynika, że kwalifikacje stanowią ważny czynnik wpływający na tzw. wartość dodaną, czyli efekty pracy. Wyższe kwalifikacje tworzą wyższą wartość pracy oraz przyspieszają wzrost gospodarczy kraju [4]. Podobne kwalifikacje powinny być podobnie opłacane w tej samej placówce, natomiast między różnymi placówkami nie jest to możliwe, gdyż o poziomie wynagrodzeń decydują ich środki finansowe, które mogą przeznaczyć na wynagrodzenia. Dlatego zapisana w Kodeksie Pracy zasada „jednakowego wynagrodze-

nia za pracę jednakowej wartości” dotyczy tylko sytuacji wewnątrz danej placówki. Natomiast w skali całej gospodarki przy porównywaniu wynagrodzeń między różnymi zawodami i stanowiskami pracy kwalifikacje pracowników można traktować tylko jako miernik orientacyjny. Na jego podstawie można ocenić przykładowo, czy w ochronie zdrowia lub w konkretnym szpitalu bądź przychodni lekarze są gorzej lub lepiej opłacani w stosunku do porównywanego zawodu. Trzeba jednak pamiętać, że na poziom wynagrodzeń w każdym zawodzie oprócz kwalifikacji pracowników wpływają czynniki charakteryzujące złożoność, odpowiedzialność i uciążliwość pracy, które mogą zmieniać relacje płac. Wynika z tego bardzo ważny wniosek dla lekarzy i pielęgniarek, porównujących swoje wynagrodzenia z innymi zawodami, że nie można obiektywnie ocenić, czy w ochronie zdrowia kwalifikacje są lepiej lub gorzej opłacane.

W ochronie zdrowia formalny poziom wykształcenia na stanowiskach lekarskich i pielęgniarskich jest zbliżony, gdyż według norm UE pielęgniarki powinny posiadać także wykształcenie wyższe. Dlatego oprócz wyżej wymienionych czynników o poziomie wynagrodzenia wewnątrz placówki służby zdrowia powinna decydować specjalizacja, doświadczenie zawodowe pracowników, mierzone głównie stażem pracy, a także ocena jakości pracy. Czynniki te stosowały m.in. badane w 2002 r. przez IPiSS szpitale lub zamierzały je wprowadzić, gdy tylko poprawi się ich sytuacja finansowa.

Z badań prowadzonych przez firmę Sedlak & Sedlak w 2009 r. wynikają następujące różnice wynagrodzeń między stanowiskami medycznymi oraz stopniami specjalizacji lekarskiej (**Tabela I**).

Z danych zawartych w tej tabeli wynika, że różnica między medianą płac lekarzy ze specjalizacją II i I stopnia wynosiła 34%, a bez specjalizacji ponad 52%⁴. Ale możliwości zarobku w obydwu specjalizacjach były znacznie większe, przy II specjalizacji w granicach 4000–8800 zł (rozpiętość 2,2), a w I w granicach 3000–6700 zł (rozpiętość 2,2) [5]. Wynika z tego, że różnica jest odczuwalna zarówno w płacy początkowej lekarzy

Stanowisko	Mediana płac	Rozpiętości płac	Relacje mediany (fizjoterapeuta = 100)	Relacje mediany (pielęgniarka = 100)
Fizjoterapeuta	1850	1500–2400	100	80
Pielęgniarka	2300	–	124	100
Ratownik medyczny	2470	–	133	107
Położna	2500	–	135	108
TechNIK farmacji	2600	–	140	113
Farmaceuta	3800	3000–5000	205	165
Lekarz bez spec.	3600	2700–4850	194	156
Lekarz I stopień	4100	3000–6700	221	221
Lekarz II stopień	5500	4000–8800	297	239

Tabela I. Mediana i rozpiętości płac na stanowiskach medycznych w 2009 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Sikora D., Planowane ścieżki zawodowe studentów wydziałów lekarskich polskich uczelni medycznych. Praca doktorska na Wydziale Lekarskim UJ, Kraków 2011, s. 144, 74.

(33%), jak i w maksymalnej (31%). Wydaje się, że wystarczająco różnicuje możliwości zarobkowe między specjalnościami. Najniższa płaca lekarzy bez specjalizacji stanowi 90% najniższej w I specjalizacji, natomiast najwyższa jest o prawie 28% niższa.

Dla motywacyjności płac w każdej placówce ochrony zdrowia istotne są nie tylko relacje między stanowiskami powiązаныmi hierarchicznie, ale także między wszystkimi stanowiskami. Z tych badań wynika, że różnica w medianie płac między najniżej wynagradzanymi fizjoterapeutami a lekarzami specjalizacji II stopnia była prawie trzykrotna. Natomiast między pielęgniarkami i lekarzami specjalistami I stopnia wynosiła 78%, a II stopnia specjalizacji 139%. Wydaje się, że takie różnice powinny satysfakcjonować personel medyczny. Oceniając relacje płac na podstawie badań firmy Sedlak & Sedlak, trzeba pamiętać, że nie są one reprezentatywne, gdyż oparte są na badaniach internetowych, dlatego mają charakter sondażowy.

Drugim ważnym czynnikiem jest odpowiedzialność za wykonaną pracę. Odpowiedzialność dotyczy każdej pracy, ale jej stopień zależy od złożoności pracy. W ochronie zdrowia występuje odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, która jest najwyższą odpowiedzialnością w społeczeństwie na tle innych rodzajów odpowiedzialności, np. za wyniki związane z działalnością przedsiębiorstw. Czynniki ten powinien w największym stopniu wpływać na relacje płac lekarzy i pielęgniarek w stosunku do innych zawodów. Jednak w praktyce nigdy wpływ tej odpowiedzialności na płace nie był widoczny, gdyż przeciętne płace w ochronie zdrowia należały w Polsce powojennej do najniższych w gospodarce. Po urynkowaniu publicznych placówek ochrony zdrowia uwzględnienie odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjentów w różnicowaniu wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek nie jest możliwe, gdyż największym ograniczeniem w kształtowaniu relacji wynagrodzeń w gospodarce rynkowej są środki finansowe, którymi dysponują szpitale i przychodnie. Badania IPISS z 2002 r. potwierdziły, że płace na tych samych stanowiskach są bardziej zróżnicowane między placówkami ochrony zdrowia niż między stanowiskami i pracownikami w jednej placówce [2]. Odpowiedzialność jest najbardziej widoczna w poziomie płac ordynatorów szpitali i przełożonych pielęgniarek. W badanych SPZOZ różnica między całkowitym przeciętnym wynagrodzeniem ordynatora i starszego asystenta wahała się od 24 punktów procentowych w szpitalu w Inowrocławiu do 213 punktów procentowych w szpitalu w Międzyrzeczu Wielkopolskim [2].

Trzeba jeszcze wspomnieć o wpływie oceny pracy pracownika na poziom płacy. W ochronie zdrowia ma ona nieco inny wymiar niż np. w sektorze przedsiębiorstw, gdzie można określić wymierne rezultaty uzyskane przez pracowników lub komórkę organizacyjną. W ochronie zdrowia nie ma tradycji wiązania ocen pracowników z poziomem wynagrodzenia, gdyż przed urynkowaniem podwyżki miały charakter waloryzacji lub były powiązane ze wzrostem stażu pracy. Również po 1999 r. przez wiele lat, ze względu na brak środków na wynagrodzenia, powiązanie podwyżek płac z oceną pracy nie miało sensu. Jednak regulaminy wynagradza-

nia w wielu placówkach przewidywały w przyszłości ich wykorzystanie. Biorąc pod uwagę zakres usług medycznych, niektóre szpitale i przychodnie przygotowały konkretne kryteria, dostosowane do specyfiki pracy lekarzy i pielęgniarek, ich definicje oraz definicje poziomów spełnienia tych kryteriów. W jednym ze szpitali zapisano np. w regulaminie oceny pracowników, że zajęcie pozycji lidera zespołu uprawnia do podwyższenia na następny rok wynagrodzenia do poziomu 130% grupy współpracującej [2]. Powiązanie płac z wynikami pracy ma większe zastosowanie przy usługach świadczonych odpłatnie.

Wśród czynników zależnych od placówki służby zdrowia najważniejsza jest sytuacja ekonomiczno-finansowa, czyli wielkość środków uzyskana od NFZ oraz własnych na wykonywane usługi, a także podejście dyrektorów placówek do oczekiwań personelu. Ponieważ sytuacja ta nie zależy od wielkości wykonanych usług, wielu dyrektorów zadłuża się, aby spełnić oczekiwania pracowników w zakresie wzrostu wynagrodzeń. Istotny wpływ na poziom płac lekarzy ma także czas pracy, czyli dyżury medyczne, na co zwracamy uwagę w dalszej części artykułu.

Reasumując, w ochronie zdrowia najważniejszym obecnie czynnikiem różnicowania wynagrodzeń nie jest zajmowane stanowisko i związane z tym kwalifikacje pracowników, lecz sytuacja finansowa placówki i skłonność dyrekcji do podejmowania ryzyka związanego nawet z zadłużaniem się.

Relacje wynagrodzeń lekarzy i pielęgniarek na tle innych zawodów

Oceniając relacje wynagrodzeń w stosunku do innych zawodów, trzeba podkreślić, że reforma stworzyła warunki do zwiększania rozpiętości wynagrodzeń między pracownikami na tych samych stanowiskach, między stanowiskami oraz między placówkami ochrony zdrowia. Większość placówek zmieniła zasady wynagradzania w kierunku większego różnicowania płac według kwalifikacji i zajmowanego stanowiska, a także powiązania ich z wynikami przez premie i nagrody, chociaż w pierwszych latach nie były one wykorzystywane [2].

Potwierdzają to wyniki badań przeprowadzonych przez IPISS w 25 szpitalach na terenie kilku województw, a także przez portal Medycyna Praktyczna, wśród 963 lekarzy, głównie placówek publicznych ochrony zdrowia (77,3%)⁵. W placówkach badanych przez IPISS wynagrodzenie całkowite lekarzy w marcu 2002 r. było zróżnicowane od 1385 do 8180 zł, a więc mieściło się w przedziale od 66 do 390% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce (w 2002 r. 2098 zł).

Natomiast według badań internetowych w 2005 r. wynagrodzenia lekarzy w podstawowym miejscu pracy były zróżnicowane w granicach od 801 do ponad 4000 zł. Największy odsetek lekarzy (27,5%) otrzymywał wynagrodzenie w przedziale 1001–1200 zł, w miarę wzrostu wynagrodzenia odsetek lekarzy malał, np. w przedziale 3001–4000 zł występowało tylko 2,9%. Przeciętne wynagrodzenie w gospodarce wynosiło w tym czasie 2361 zł [8]. Oznacza to, że płace badanych lekarzy mieściły się

w przedziale od 34% średniej krajowej do 169% średniej. W stosunku do 2002 r. rozpiętości te były znacznie mniejsze, ale trzeba pamiętać, że badania internetowe nie są reprezentatywne, gdyż uczestniczą w nich głównie młodzi pracownicy.

Bardzo znaczny wpływ na zróżnicowanie wynagrodzeń mają także dyżury medyczne. Z badań prowadzonych przez IPiSS wynika, że w jednym ze szpitali wynagrodzenie kierownika pracowni za dyżury stanowiło w marcu 2002 r. ponad 42% całkowitego wynagrodzenia, a większości lekarzy powyżej 16% [2]. Podobnie badanie z 2005 r., chociaż nie wyodrębnia dyżurów medycznych, lecz dodatkowe wynagrodzenia, wskazuje na duże ich zróżnicowanie, jak wynagrodzeń podstawowych, od poniżej 800 zł miesięcznie, które otrzymywało 13,8% badanych, do powyżej 4000 zł, które zarabiała 8% badanych. Na uzyskanie dodatkowych wynagrodzeń badani lekarze poświęcali średnio 9,2 godzin tygodniowo, ale 9,3% badanych pracowało dodatkowo ponad 30 godzin.

Przechodzimy następnie do oceny poziomu wynagrodzeń w ochronie zdrowia na tle innych zawodów w roku 2001 i 2010 w porównaniu ze specjalistami w gospodarce, którą prezentuje **Tabela II**⁶.

Z tabeli wynika, że relacje płac pracowników w publicznej ochronie zdrowia między rokiem 2001 i 2010 zmieniły się korzystnie na tle innych zawodów. W największym stopniu poprawiła się sytuacja płacowa lekarzy, gdyż różnica między ich płacami a specjalistów w gospodarce zwiększyła się z 12,7% do 63,1%. Wśród specjalistów tylko płace prawników były wyższe o około 12% od płac lekarzy. Poprawiła się też znacznie pozycja

płacowa pielęgniarek i położnych w stosunku do innych zawodów w gospodarce, natomiast nieco pogorszyła w porównaniu z lekarzami. O ile w 2001 r. przeciętne płace pielęgniarek i położnych stanowiły 53,9% płacy lekarzy, to w 2010 r. tylko 48,5%. Natomiast w stosunku do specjalistów między 2001 i 2010 r. poziom ich płac wzrósł z 60,7 do 79,2%, a położnych do 81,1%. Ponieważ pielęgniarki porównują także swoją pracę z nauczycielami, zwrócimy uwagę na relacje ich płac. Otóż w 2001 r. płace pielęgniarek i położnych były zdecydowanie niższe od płac nauczycieli szkół ponadpodstawowych (stanowiły 71,4%), natomiast w 2010 r. płace pielęgniarek były tylko o niecałe 15% niższe, a położnych o 12,5%.

Poprawiła się też ich sytuacja płacowa w porównaniu ze średnim personelem biurowym, z którym pielęgniarki porównywały także swoje wynagrodzenia, z 67,3% w 2001 do 89,0% w 2010 r. Niższe płace pielęgniarek od tego personelu, a także od sekretarek bulwersowały przez wiele lat pielęgniarki, gdyż posiadały one nieco wyższy poziom wykształcenia (studia pomaturalne i wyższe), wykonują też prace o większej uciążliwości oraz odpowiedzialności.

Zyskały również wyraźnie w stosunku do przeciętnej płacy robotników przemysłowych w sektorze publicznym. Ich przeciętna płaca w 1998 r. była niższa o 30%, natomiast w 2010 r. tylko o około 11%. Więcej zyskały natomiast pielęgniarki i położne w stosunku do robotników w przemyśle przetwórczym, w 2001 r. ich płace były niższe o 1,9%, w 2010 r. zaś pielęgniarki zarabiały o 31%, a położne o 34,2% więcej. W niewielkim stopniu poprawiła się też sytuacja płacowa średniego personelu

Zawód/specjalność	2001		2010	
	Publiczny	Prywatny	Publiczny	Prywatny
Specjaliści ogółem w gospodarce (= 100)	2535 zł	3788 zł	4101 zł	4872 zł
Kierownicy podstawowych komórek w organizacjach	160,5	118,0	144,7	150,6
Specjaliści w ochronie zdrowia	110,4	82,2	98,0	77,5
Lekarze	112,7	–	163,1	134,1
Pielęgniarki	60,7	40,0	79,2	59,4
Położne	60,7	40,0	81,1	64,3
Nauczyciele akademickcy	109,7	65,9	124,6	86,9
Nauczyciele szkół gimnazjalnych i średnich	85,0	56,7	92,7	56,1
Specjaliści ds. ekonomicznych i zarządzania	125,3	98,8	108,9	99,5
Specjaliści ds. technologii informacyjno-komunikacyjnych (informatycy)	129,4	127,3	123,5	130,0
Specjaliści z dziedziny prawa	179,5	148,2	182,5	123,5
Średni personel ds. zdrowia	57,7	47,1	69,3	55,5
Średni personel ds. biznesu i administracji (średni personel biurowy)	90,2	64,4	88,9	76,4
Sekretarki, operatorzy maszyn biurowych	77,8	59,8	77,3	58,0
Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	61,9	35,1	60,4	44,5
Robotnicy przy pracach prostych w przemyśle	69,0	37,7	61,6	45,9

Tabela II. Relacje wynagrodzeń w ochronie zdrowia na tle zawodów w innych sektorach gospodarki w 2001 i 2010 r.

Źródło: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001”, GUS, Warszawa 2002”; „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

ochrony zdrowia, w tym m.in. techników medycznych i farmaceutycznych, z 57,7% do 69,3% w relacji do specjalistów w gospodarce.

Ponieważ w dalszym ciągu słychać głosy niezadowolenia lekarzy i pielęgniarek z poziomu płac, można zakładać, że pochodzą one głównie od pracowników z krótkim stażem pracy. Niezadowolenie pielęgniarek wynika także z subiektywnej oceny wartości ich pracy w porównaniu z innymi zawodami, nie dostrzegają też, że w innych zawodach, np. nauczyciela, poziom płac nie jest również akceptowany. Faktycznie przeciętna płaca pielęgniarek była w 2010 r. równa przeciętnej płacy w gospodarce, a przeciętna płaca lekarzy przekraczała o 7% dwukrotność tej płacy. Takich relacji płac nie było w tych zawodach w przeszłości. Na podstawie danych w **Tabeli II** można stwierdzić, że ocena poziomu płac w służbie zdrowia, dokonywana przez pracowników w porównaniu z innymi zawodami, jest subiektywna. Nie można też oceniać swoich wynagrodzeń, nie uwzględniając poziomu płac w kraju i w innych zawodach, gdyż ocena taka jest oderwana od realiów gospodarczych Polski.

Zróznicowanie wynagrodzeń trzeba też oceniać w przekroju regionalnym, gdyż większość płac w gospodarce rynkowej kształtuje się w większym (w sektorze przedsiębiorstw) lub w mniejszym stopniu (w sferze budżetowej) pod wpływem decyzji innych pracodawców. Zróznicowanie regionalne powoduje, że te same prace są różnie opłacane. Według badań firmy Sedlak & Sedlak w 2009 r. różnica między najwyższymi płacami w opiece zdrowotnej w woj. mazowieckim i najniższymi w woj. podkarpackim wynosiła prawie 63% [5], natomiast we-

dług badań GUS z 2002 r. między wielkopolskim i lubelskim 19%. Potwierdza to nasze założenie, że reforma z 1999 r. zwiększyła też różnice płac między podobnymi placówkami w różnych województwach.

W poszukiwaniu czynników mających wpływ na pozycję płacową pracowników medycznych trzeba uwzględnić także staż pracy. Podejmując studia, nie tylko medyczne, wiele osób kieruje się przesłankami materialnymi, w tym głównie możliwością uzyskania w przyszłości wysokich dochodów. Potwierdzają to też cytowane w artykule badania studentów uczelni medycznych. Wiadomo, że relacje wynagrodzeń mogą się zmieniać w miarę wzrostu stażu pracy, kiedy pracownik awansuje na kolejne stanowiska. W niektórych zawodach tzw. ścieżka kariery jest szybka, w innych wolniejsza, zależy to od kwalifikacji pracownika oraz liczby stanowisk w układzie hierarchicznym w danej organizacji. Na ogół większe możliwości awansu istnieją w przedsiębiorstwach niż w sferze budżetowej. W ochronie zdrowia pracownicy mają mniejsze możliwości awansu, gdyż ścieżka kariery jest krótsza i bardziej sformalizowana. Awans stanowiskowy lekarzy, a więc i wyższe wynagrodzenia zależą od uzyskania specjalizacji. Natomiast ścieżka kariery pielęgniarek zależy od stażu pracy i dla większości obejmuje dwa stanowiska – pielęgniarkę i starszą pielęgniarkę. Czy w ochronie zdrowia wzrost stażu pracy korzystnie, czy niekorzystnie wpływa na relacje płac w porównaniu z innymi zawodami? Kwestie te pokazuje **Tabela III**.

Z tabeli wynika, że trudno wskazać jednakową tendencję do zmiany relacji płac w ochronie zdrowia w wyniku wzrostu stażu pracy. W niektórych zawodach międ-

Zawód/ specjalność	2001		2010	
	Do roku	Powyżej 20 lat	Do 1,9 roku	Powyżej 20 lat
Specjaliści ogółem w gospodarce (= 100)	1900	3007	3019	4528
Specjaliści ochrony zdrowia	86,9	106,1	95,5	88,5
Kierownicy podstawowych komórek w organizacjach	159,5	138,7	166,9	134,2
Lekarze	–	–	112,5	165,3
Pielęgniarki	55,9	55,6	86,4	72,3
Technicy medyczni i farmaceutyczni	–	–	66,7	65,3
Nauczyciele akademicy	93,6	112,7	109,7	132,0
Nauczyciele szkół gimnazjalnych i średnich	68,7	80,0	83,6	96,5
Specjaliści ds. ekonomicznych i zarządzania (w 2001 r. ds. biznesu)	133,2	112,4	108,9	101,3
Specjaliści ds. prawa	133,5	169,6	124,2	188,8
Specjaliści ds. technologii informacyjno-komunikacyjnych (w 2001 r. informatycy)	159,0	137,1	146,9	136,8
Średni personel ds. zdrowia	59,4	53,9	71,1	64,8
Średni personel ds. administracji i biznesu	89,5	80,2	87,7	84,1
Sekretarki, operatorzy maszyn biurowych	90,7	70,6	74,6	74,6
Robotnicy w przetwórstwie spożywczym	59,0	49,1	61,5	51,5

Tabela III. Wpływ stażu pracy na poziom wynagrodzenia specjalistów do spraw zdrowia na tle zawodów w innych działach gospodarki w roku 2001 i 2010.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001 r.”, GUS, Warszawa 2002; „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

dzy rokiem 2001 i 2010 następuje poprawa, a w innych pogorszenie relacji po 20 latach pracy. Wśród specjalistów w gospodarce w 2001 r. staż pracy wpływał bardzo korzystnie, gdyż po 20 latach pracy zwiększała się różnica w poziomie płac specjalistów ochrony zdrowia z 86,9 do 106,1% na korzyść ochrony zdrowia, ale w 2010 r. tendencja się odwróciła, nastąpiło pogorszenie o 7 punktów procentowych. Pogorszenie relacji płac po 20 latach pracy w 2010 r. w stosunku do 2001 r. występuje nie tylko w zawodach medycznych. Tendencja ta nie dotyczy pielęgniarek oraz średniego personelu ochrony zdrowia, u których w 2010 w porównaniu z 2001 r. nastąpiła poprawa tych relacji.

Niekorzystny wpływ stażu na poprawę relacji płac w zawodach ochrony zdrowia jest spowodowany niższym przyrostem wynagrodzeń niż w pozostałych zawodach, w innych dziedzinach gospodarki. O ile w 2001 r. różnica w wynagrodzeniach między specjalistami ochrony zdrowia po 20 latach pracy a specjalistami z rocznym stażem wynosiła 93%, to w 2010 r. w stosunku do specjalistów ze stażem poniżej 1,9 roku wynosiła tylko około 39%. Poza różnicą w podstawie porównań w roku 2001 i 2010 jest to skutek braku środków na coroczny wzrost wynagrodzeń w wielu szpitalach i przychodniach, w przeciwieństwie do większości przedsiębiorstw. W tym okresie wzrost przeciętnego wynagrodzenia wszystkich specjalistów w gospodarce był bardziej równomierny i wynosił odpowiednio 58 i 50%.

Wpływ stażu pracy na relacje wynagrodzeń w porównaniu z innymi zawodami nie jest jednakowy we wszystkich zawodach medycznych. Największe możliwości mają lekarze, natomiast najmniejsze położne, pielęgniarki i średni personel medyczny. W 2010 r. wynagrodzenia lekarzy po 20 latach pracy były o 120% wyższe od lekarzy ze stażem poniżej 1,9 roku. Wśród wszystkich specjalistów w gospodarce jedynie prawnicy mają obecnie większe możliwości wzrostu płac po 20 latach pracy (128%). Natomiast wynagrodzenia położnych w 2010 r. różniły się tylko o 15%, pielęgniarek o około 25%, a średniego personelu medycznego o 36%. Głównym powodem jest krótka ścieżka awansu stanowiskowego w tych zawodach.

Oceny poziomu płac między zawodami można też dokonać na podstawie odsetka osób otrzymujących wynagrodzenie w relacji do średniego wynagrodzenia w gospodarce. Miernik ten pokazuje zróżnicowanie wynagrodzeń w danym zawodzie na tle innych zawodów, a więc także szanse pracowników na uzyskanie wysokich zarobków. Jest bardzo często wykorzystywany przez pracowników w naciskach na pracodawców. Zmiany między 2001 i 2010 r. w zawodach ochrony zdrowia na tle innych zawodów pokazuje **Tabela IV**.

Z tabeli wynika, że w analizowanych latach w rozkładzie wynagrodzeń specjalistów ochrony zdrowia na tle innych zawodów nie nastąpiły istotne zmiany wskazujące na poprawę. W latach 2001 i 2010 odsetek

Zawód/specjalność	2001 (2216 zł)				2010 (3543 zł)			
	do 50%	do 100%	101–200%	pow. 250%	do 50%	do 100%	101–200%	pow. 250%
Kierownicy podstawow. komórek w organizac.	2,2	19,3	49,4	19,4	3,3	20,2	49,4	19,2
Specjaliści ogółem	2,9	45,0	42,4	7,1	2,6	42,7	48,6	4,6
Specjaliści ds. zdrowia	2,1	40,3	47,5	4,8	2,7	59,7	32,3	4,5
Lekarze	–	–	–	–	0,5	14,9	50,6	20,6
Pielęgniarki	8,9	94,7	5,3	0,0	2,0	74,4	25,2	0,1
Położne	8,9	94,7	5,3	0,0	1,1	71,2	28,5	0,1
Technicy medyczni i farmaceutyczni	–	–	–	–	10,7	83,0	15,8	0,4
Nauczyciele akademicy	0,7	45,3	44,2	5,4	2,2	28,7	56,5	7,6
Nauczyciele szkół ponadpodstawowych	3,6	56,8	42,7	0,1	0,8	42,6	57,1	0,0
Specjaliści ds. ekonom. i zarządzania	3,6	32,2	45,0	13,6	5,1	41,2	45,3	7,0
Specjaliści ds. prawa	0,7	11,9	34,0	30,0	3,1	16,0	35,4	29,9
Specjaliści informatycy	2,8	19,7	44,5	22,9	2,2	22,5	48,8	16,0
Średni personel med.	16,3	92,4	7,4	0,0	12,8	83,0	15,8	0,4
Średni personel biurowy	7,4	56,1	38,0	2,6	9,3	57,0	38,0	2,3
Sekretarki i operatorzy maszyn biurowych	9,6	66,8	29,2	1,7	13,1	73,9	24,8	0,5

Tabela IV. Odsetek pracowników ochrony zdrowia otrzymujących wynagrodzenie według krotności przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce na tle innych zawodów (2001–2010).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010”, GUS, Warszawa 2012 oraz „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

pobierających wynagrodzenie poniżej połowy średniego wynagrodzenia w gospodarce oraz powyżej 250% tego wynagrodzenia był podobny. Natomiast znaczny wzrost odsetka specjalistów pobierających wynagrodzenie poniżej średniego w gospodarce, z 40,3 do 59,7%, jest spowodowany, jak wyżej wskazano, zaliczeniem w 2010 r. pielęgniarek i położnych do specjalistów. Natomiast poprawę widać przy ocenie płac w każdym zawodzie odrębnie. Po raz pierwszy ponad 25% pielęgniarek i położnych znalazło się w grupie otrzymujących wynagrodzenie powyżej średniej krajowej, a ponad 20% lekarzy otrzymuje wynagrodzenia przekraczające 2,5-krotność tej płacy. Wśród specjalistów tylko większy odsetek prawników niż lekarzy otrzymuje tak wysokie wynagrodzenia. Rozkład pracowników według krotności wynagrodzenia w stosunku do średniego w gospodarce potwierdza także poprawę płac w ochronie zdrowia na tle innych zawodów.

Relacje wynagrodzeń kobiet w porównaniu z mężczyznami

Od wielu lat pojawiają się liczne informacje o dyskryminacji kobiet na rynku pracy, w tym w wynagradzaniu, mimo że istnieją przepisy nakazujące równe traktowanie kobiet i mężczyzn. Nie wszystkie przypadki niższego wynagrodzenia kobiet są dyskryminacją. W dalszym ciągu można jednak spotkać opinie, że na niskie płace w zawodach wpływa ich feminizacja. Problem ten jest bardziej złożony, trudno jest udowodnić, czy niższe płace kobiet są skutkiem preferowania mężczyzn, czy wynikają

z przyczyn obiektywnych [9]. Jak ten problem wygląda w ochronie zdrowia? Z danych GUS wynika, że ochrona zdrowia należy do najbardziej sfeminizowanych sektorów gospodarki, w 2010 r. 82% zatrudnionych stanowiły kobiety, podobnie na studiach medycznych także 82% stanowiły kobiety. Zmiany w relacjach płac według płci w 2010 r. w porównaniu z 2001 r. pokazano w **Tabeli V**.

Z tabeli wynika, że w sektorze publicznym między rokiem 2001 i 2010 w większości zawodów nastąpiła poprawa relacji płac kobiet, z wyjątkiem ochrony zdrowia. Nawet w zawodzie pielęgniarstwie, gdzie odsetek mężczyzn jest minimalny (GUS objął badaniami 129 500 kobiet i 2600 mężczyzn), płace kobiet są o 1,6% niższe od mężczyzn. Trudno to uzasadnić bez szczegółowej analizy zatrudnienia i warunków pracy pielęgniarzy. Natomiast wśród lekarzy różnica w płacach na niekorzyść kobiet jest zbyt duża jak na zawód sfeminizowany. Problem wymaga również bardziej szczegółowej analizy, gdyż kobiety i mężczyźni lekarze wykonują prace o podobnym stopniu złożoności. Jednym z powodów może być różnica w specjalności lekarskiej, większość kobiet ma specjalizację pediatrii i internistyczną, w których poziom płac jest nieco niższy np. w porównaniu z chirurgią. Choć w regulaminach wynagradzania nie różnicuje się płac według specjalności. W 2010 r. w zawodach sfeminizowanych poza ochroną zdrowia płace przeciętne kobiet były także niższe o kilka procent od mężczyzn. Natomiast wyższe płace kobiet od mężczyzn w placówkach prywatnych są skutkiem rzadkiego zatrudniania mężczyzn w zawodach pielęgniarza i technika medycznego.

Zawód/specjalność	Sektor publiczny			Sektor prywatny		
	2001	2010	Różnica	2001	2010	Różnica
Kierownicy komórek podst. w organiz.	81,4	80,1	-1,3	76,5	73,3	-3,2
Specjaliści ogółem	77,8	85,2	+7,4	81,8	74,2	-7,6
Specjaliści ds. zdrowia	82,9	60,0*	-22,9	101,6	79,4*	-22,2
Lekarze	-	86,8	-	-	103,3	-
Pielęgniarki	98,6	98,4	-0,4	83,2	120,4	+37,2
Technicy medyczni i farmaceutyczni	-	93,4	-	-	104,3	-
Specjaliści ds. ekonom. i zarządzania	84,7	83,1	-0,6	82,2	73,9	-8,3
Nauczyciele akademicy	78,7	82,2	+3,5	81,3	97,9	+16,6
Nauczyciele szkół ponadpodstawowych	97,4	105,2	+7,8	93,3	93,8	+0,5
Specjaliści ds. prawa	92,3	93,2	+0,9	92,9	96,1	+4,8
Specjaliści informatycy	93,0	102,9	+9,9	93,7	87,4	-6,3
Średni personel medyczny	98,6	85,8	-12,8	101,3	86,7	-14,6
Średni personel biurowy	87,7	82,1	-5,6	81,4	85,3	+3,9

Tabela V. Relacje płac kobiet w porównaniu z mężczyznami w zawodach ochrony zdrowia na tle innych zawodów i specjalności (2001–2010).

* Tak duże pogorszenie relacji płac kobiet jest skutkiem włączenia w 2010 r. pielęgniarek i położnych do grupy specjalistów w związku z podwyższeniem wymagań w zakresie wykształcenia ze średniego do wyższego i wynikającym stąd relatywnym obniżeniem płac przeciętnych specjalistów do spraw zdrowia w 2010 r. w stosunku do 2001 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001 r.”, GUS, Warszawa 2002; „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.”, GUS, Warszawa 2012.

Podsumowanie

Ponieważ w dalszym ciągu wielu lekarzy, a zwłaszcza pielęgniarek ocenia swoje obecne wynagrodzenia jako zbyt niskie w stosunku do wartości pracy, odpowiedzialności i wysiłku włożonego w zdobycie kwalifikacji, w artykule starano się pokazać, na podstawie dostępnych danych statystycznych, że opinie te są subiektywne. Nie można obiektywnie oceniać poziomu wynagrodzenia w danym zawodzie bez uwzględnienia wynagrodzeń w innych zawodach oraz poziomu rozwoju gospodarczego Polski. Przykładem były nierealne oczekiwania lekarzy z pierwszej połowy lat 90.

Z badań GUS, które są najbardziej reprezentatywne, wynika, że relacje wynagrodzenia lekarzy oraz pielęgniarek na tle większości zawodów w gospodarce od początku transformacji nie były tak korzystne, jak obecnie, mimo iż nie osiągnęły poziomów proponowanych przez związki zawodowe, zjazd lekarzy (minimalna płaca lekarzy bez specjalizacji – 5000 zł w 2006 r.) i Naczelną Radę Lekarską w połowie lat 90. XX w.

Przypomnijmy, że według propozycji związków zawodowych z połowy lat 90., przy średniej płacy w sektorze przedsiębiorstw w 2010 r. płaca zasadnicza lekarzy w pierwszym roku pracy powinna wynosić 3423 zł, lekarza bez specjalizacji 5134, lekarza z I stopniem specjalizacji 8557 zł, a lekarza specjalisty 11 980 zł. Natomiast w 2010 r. zróżnicowanie wynagrodzeń przeciętnych ujęte w badaniach GUS, w podstawowym miejscu pracy, wynosiło od 3170 zł (I decyl) do ponad 11 144 zł (IX decyl), ponad 20% lekarzy zarabiałoby powyżej 2,5-krotności przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce (8858 zł w październiku 2010 r.) [6]. Z porównań tych wynika, że propozycji z połowy lat 90. XX w. nie zrealizowano i w najbliższym czasie tak się nie stanie. Natomiast propozycje w odniesieniu do płac pielęgniarek zostały zrealizowane, gdyż są one na poziomie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Zróżnicowanie decylowe wynagrodzeń pielęgniarek wynosiło w 2010 r. od 2288 do 4200 zł. Należy zakładać, że niezadowoleni, jak w każdym zawodzie, są w grupie pracowników młodych i niżej zarabiających.

Do oceny pozostaje natomiast forma zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek na kontraktach, czyli umowach cywilnoprawnych, dzięki którym możliwy był wyższy wzrost płac. Pracownicy, zyskując na wynagrodzeniu, tracą na ubezpieczeniu opłacanym przez pracodawcę.

Przypisy

¹ K. Manys, *Polacy są za wyższymi pensjami dla budżetówki*, „Rzeczpospolita” 2008; 7.

² Obecnie zgodnie z normami UE pielęgniarki i położne powinny mieć wykształcenie wyższe, ale w 2010 r. posiadało je tylko 19% pielęgniarek i 24,3% położnych [1].

³ D. Sikora, *Walczą o wyższe zarobki*, „Gazeta Prawna” 13–15.10.2006.

⁴ W 2010 r. 66,4% lekarzy miało specjalizację, której obecnie nie dzieli się na dwa stopnie. Ponadto 8,4% posiadało jeszcze specjalizację I stopnia, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012.

⁵ www.mp.pl/kurier/27198 (dostęp: 15.07.2013).

⁶ W 2001 r. nie wyodrębniono przeciętnych płac lekarzy, podano je łącznie z innymi „specjalistami ochrony zdrowia”, w sumie podano także płace pielęgniarek i położnych w grupie „technicy i inny średni personel”. W 2010 r. pielęgniarki i położne zaliczono do grupy „specjaliści do spraw zdrowia”, a więc łącznie z lekarzami, co ma wpływ na relatywne obniżenie płac specjalistów ochrony zdrowia w porównaniu z 2001 r.

Piśmiennictwo

1. *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012.
2. Czajka Z., *Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia*, Wyd. IPISS, Warszawa 2004.
3. Derkacz M., *Obrażani przez własne państwo*, „Służba Zdrowia” 2005; 80–83: 17–18.
4. Czajka Z., *Gospodarowanie kapitałem ludzkim*, Wyd. Uniwersytet w Białymstoku, Białystok 2011: 17–24.
5. Sikora D., *Planowane ścieżki zawodowe studentów wydziałów lekarskich polskich uczelni medycznych*. Praca doktorska na Wydziale Lekarskim UJ, Kraków 2011.
6. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2001 r.*, GUS, Warszawa 2002.
7. *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2010 r.*, GUS, Warszawa 2012.
8. *Rocznik Statystyczny GUS 2008*, Warszawa 2008.
9. Czajka Z., *Dyskryminacja kobiet na rynku pracy, czy obiektywne różnice płci?*, „Polityka Społeczna” 2013; 7–8: 16–23.