

ZARZĄDZANIE WYNAGRODZENIAMI W PUBLICZNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA

Zdzisław Czajka
Instytut Pracy i Spraw Socjalnych
Uniwersytet w Białymstoku

WSTĘP

Prawie zawsze w powojennej Polsce służba zdrowia była źle wynagradzana na tle zawodów o porównywalnych kwalifikacjach i funkcji społecznej. Chociaż obecnie lekarzom i pielęgniarkom wydaje się, że ich sytuacja płacowa jest najgorsza – zarówno w okresie gospodarki socjalistycznej, jak i w latach 90. – służba zdrowia w strukturze działowej płac zajmowała przedostatnie lub ostatnie miejsce. Podobnie kształtowały się płace lekarzy i pielęgniarek w stosunku do średniej w gospodarce zarówno na początku lat 70., w połowie 80., jak i po 2000 r.; stanowiły odpowiednio – poniżej 1,5 oraz 0,75 średniej płacy w gospodarce.

Niski poziom płac personelu medycznego nie wzbudza raczej współczucia pacjentów, gdyż oceniają oni poziom usług w publicznej służbie zdrowia niezależnie od tego, jakie są jego zarobki.

W świadomości pacjentów istnieje wyobrażenie o dodatkowych dochodach z pracy w prywatnych gabinetach. Nie zwracają oni jednak uwagi, ile czasu poświęcają lekarze na uzyskanie tych dochodów. Obiektywnym wynagradzaniem personelu medycznego nie interesuje się więc zarówno opinia publiczna, jak i politycy odpowiedzialni za zarządzanie wynagrodzeniami w skali kraju. Według sondażu „Rzeczpospolitej” z grudnia 2007 r. 47% ankietowanych uważa, że lekarze powinni zarabiać od 3 tys. do 5 tys. zł, a pielęgniarki od 2 tys. do 3 tys., czyli niewiele więcej niż obecnie. Tylko 22% proponuje płace lekarzy na poziomie 10 tys. zł (Manys 2008).

O tym, że opinie społeczne nie są oparte na obiektywnych przesłankach może świadczyć to, iż w tym samym przedziale (2–3 tys. zł) obok pielęgniarki umieszczono nauczyciela oraz żołnierza zawodowego.

OCZEKIWANIA LEKARZY I PIELĘGNIAREK W ZAKRESIE WZROSTU WYNAGRODZEŃ

Zarządzanie wynagrodzeniami w publicznej służbie zdrowia nie zmieniło się po transformacji ustroju. Głównym celem była poprawa relacji płac w stosunku do innych zawodów. W tym okresie pracownicy nie mieli jednak żadnych problemów z regularnymi wypłatami i podwyżkami płac, gdyż środki na płace pokrywał budżet państwa. Wskaźniki wzrostu płac były zbliżone do wzrostu w całej sferze budżetowej. Nie nastąpiło w tym okresie ani pogorszenie, ani poprawa relacji płac w stosunku do innych dziedzin tej sfery.

Jednak od początku lat 90. w resorcie zdrowia przygotowywano koncepcję reformy, która musiała wpłynąć na kształtowanie wynagrodzeń. W dokumencie pt. *Zakres reformowania systemu opieki zdrowotnej w 1991 r.* stwierdzono, że *reforma przez ekonomizację mechanizmu świadczenia usług, silną dyscyplinę finansową połączoną ze zwiększoną swobodą zarządzania wydaje się być jedynym sposobem poprawy obecnej kondycji ekonomicznej opieki zdrowotnej* (RM 1991). Zapowiedziano także racjonalizację polityki płac przez powiązanie poziomu wynagrodzeń z kwalifikacjami, odpowiedzialnością i wydajnością pracy.

Kwestię poprawy relacji płac w stosunku do innych sektorów gospodarki dyskutowano z organizacjami związkowymi i samorządem lekarskim. W 1997 r. Komitet Obrony Reformy Ochrony Zdrowia zaproponował, aby płace były porównywalne z podobnymi pod względem kwalifikacji, odpowiedzialności i uciążliwości stanowiskami w sektorze przedsiębiorstw. Wskazywano też, aby płace negocjowano w ramach kontraktów z Kasami Chorych. Związkowcy, zafascynowani rolą układów zbiorowych w kształtowaniu wynagrodzeń w gospodarce rynkowej, dążyli do zawarcia takiego układu zbiorowego pracy również dla personelu medycznego zatrudnionego w publicznych placówkach.

Jedną z przeszkód uzgodnienia z resortem, który miał być stroną układu, były żądania zdecydowanego wzrostu płac, szczególnie lekarzy. Związkowcy proponowali wówczas, aby stawka zasadnicza lekarzy w pierwszym roku pracy była równa przeciętnej płacy w sektorze przedsiębiorstw, lekarzy z I stopniem specjalizacji – 2,5-krotności, a z II stopniem specjalizacji – 3,5-krotności tej płacy. Dla pielęgniarek proponowano, aby ich przeciętne wynagrodzenie było równe przeciętnej płacy w gospodarce. Propozycje te stały się podstawą kolejnych żądań związkowców w następnych latach (Czajka 2004, s. 57).

Zważywszy, że w okresie uzgadniania tych propozycji przeciętna płaca lekarzy była tylko około 25% wyższa od przeciętnej w sektorze przedsiębiorstw, a pielęgniarek i położnych stanowiła około 75% płacy krajowej, koszty ich wprowadzenia były dla budżetu nierealne. Układ zbiorowy pracy nie został podpisany.

W trakcie prowadzenia rozmów dochodziło do protestów i strajków, m.in. anestezjologów, którzy chcieli uzyskać dla siebie korzystniejsze warunki płacowe od innych grup lekarzy. Otrzymali oni nawet aprobatę strony rządowej dotyczącą wprowadzenia dodatków w granicach 40%–55%.

Przeciwko temu zaprotestowały pielęgniarki oraz Sekretariat Ochrony Zdrowia „Solidarności”. Jednak same pielęgniarki wysunęły w 1997 r. postulat 50% dodatku za pracę w warunkach szkodliwych i uciążliwych oraz tzw. kroczącego dodatku stażowego powyżej 20 lat. Dowodzi to, że od początku zaangażowania związkowców w walkę o wzrost płac nie było wśród nich koncepcji wzajemnych relacji płac między zawodami i stanowiskami medycznymi.

Wprowadzona w 1999 r. reforma diametralnie zmieniła zasady finansowania placówek służby zdrowia oraz wzmocniła oczekiwania poprawy relacji płac w stosunku do innych zawodów, które związkowcy uznali za najważniejszy cel późniejszych działań.

Wobec braku finansowania z budżetu państwa i przejścia na kontraktowanie usług medycznych z Kasami Chorych (środki wynikające z umów z tymi kasami stanowiły około 90% przychodów samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – SP ZOZ), którym również brakowało środków na pokrycie kosztów leczenia wszystkich pacjentów, w większości placówkom zdrowia kontrakty nie gwarantowały po-

krycia kosztów funkcjonowania. Nie można było wygospodarować środków na wzrost wynagrodzeń. Niektóre Kasy proponowały nawet środki niewystarczające na utrzymanie dotychczasowego poziomu płac.

WPLYW REFORMY NA ROZWIĄZANIA PŁACOWE W SP ZOZ

Ponieważ koszty wynagrodzeń stanowią około 60% kosztów ogólnych placówek, na wynagrodzeniach było najłatwiej oszczędzać. W tej sytuacji dyrekcje niektórych szpitali zaczęły poszukiwać rezerw w racjonalizacji zatrudnienia i wprowadzaniu bardziej motywujących zasad wynagradzania.

Na łamach „Służby Zdrowia” prezentowano konkretne przykłady szpitali, w których pracownicy akceptowali redukcję zatrudnienia, a nawet obniżkę wynagrodzenia. Oznaczało to włączenie się SP ZOZ w zarządzanie wynagrodzeniami zamiast korzystania z zasad przygotowanych przez resort zdrowia. W trakcie prowadzenia badań spotkano dyrektorów szpitali – lekarzy, którzy sami tworzyli projekty systemów wynagradzania lub premiovania (Czajka 2004, s. 85–91).

Liczne przykłady wskazują, że po 2000 r. w sposobach wynagradzania w publicznej służbie zdrowia, mimo powszechnego niedoboru środków, zostały wymuszone zmiany, polegające generalnie na bardziej bezpośrednim uzależnieniu poziomu i zróżnicowaniu premii od efektów placówki i oceny pracy personelu medycznego. W wielu placówkach nastąpiły zmiany mentalności i postaw zarówno dyrekcji, jak i personelu medycznego. Przykładem może być jeden z instytutów w Warszawie, gdzie wprowadzono system premiowania powiązany z oceną pracowników wyrażaną w punktach. Połowa przyznanych punktów dotyczyła oceny jakości pracy, pozostałe zaś odzwierciedlały liczbę leczonych chorych (do 15%), opiekę nad pacjentem (do 15%), umiejętność pracy w zespole (10%) oraz prowadzenie dokumentacji medycznej (10%). Wartość punktu uzależniono od możliwości finansowych placówki w danym okresie premiovym.

W innym szpitalu w województwie mazowieckim w 2004 r. przygotowano system ocen oparty na stałej konkurencji między lekarzami i pielęgniarkami o utrzymanie najwyższej pozycji w rankingu. Przystąpienie pracownika do systemu w początkowym okresie jego wdrażania było dobrowolne. Pracowników podzielono na trzy grupy: wyróżniającą (około 25% członków zespołu), zasadniczą (45%) oraz wspomagającą (30%). W zależności od oceny rocznej pracownicy najlepsi awansowali do wyższej grupy, z najniższymi zaś przechodzili do niższej grupy.

Również w jednym ze szpitali dziecięcych w woj. pomorskim wprowadzono bardzo szczegółowe kryteria oceny pracy. Dla personelu niższego są to: wiedza, jakość pracy, wydajność i terminowość, inicjatywa w usprawnianiu pracy na stanowisku, odpowiedzialność, dbałość o mienie szpitala, stosunek do współpracowników i pacjentów oraz dyspozycyjność. Natomiast dla lekarzy i pielęgniarek: umiejętność, efekty pracy, samodzielność, odpowiedzialność, współdziałanie w zespole, stosunek do pacjentów, dyspozycyjność.

SYTUACJA FINANSOWA SP ZOZ A WZROST WYNAGRODZEŃ

Nowym bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na sytuację płacową SP ZOZ, podobnie jak w innych podmiotach gospodarczych, okazała się ich sytuacja finansowa. Jednak w odróżnieniu od innych sektorów

gospodarki zarówno dyrekcje, jak i pracownicy nie mieli żadnego wpływu, aby ją zmienić. Dlatego w kolejnych latach zadłużenie SP ZOZ nie malało, lecz rosło. W 2002 r. wyniosło ponad 5,5 mld zł, a na początku 2004 r. przekroczyło 8 mld zł (Solecka 2004). Już w latach 1999–2002 ponad 66% placówek posiadało zobowiązania wymagalne (z terminem płatności) w wysokości od 2 do 10 mln zł, czyli na poziomie połowy swoich rocznych dochodów. Według informacji Ministerstwa Zdrowia w końcu 2007 r. tylko około 40% SP ZOZ nie miało zadłużenia i to głównie dzięki swoim organom założycielskim (samorządom), które starały się im pomóc, a nie procesom restrukturyzacji i racjonalizacji.

Jednak samorzady niechętnie udzielały takiej pomocy, uważając, że rząd niezgodnie z prawem włącza je do finansowania służby zdrowia (*Stanowisko...* 2003). Do wzrostu zadłużenia przyczyniały się głównie kierownictwa placówek, wykonując więcej zabiegów w stosunku do zakontraktowanych przez NFZ, chcąc postępować zgodnie z zasadami etyki lekarskiej¹.

Niedoboru środków, jako czynnika ograniczającego wzrost wynagrodzeń, nie uznawali od początku reformy pracownicy, w tym zwłaszcza organizacje związkowe (*Założenia...* 1998). Dlatego domagali się od rządu dodatkowych środków finansowych na wzrost płac, co najmniej na poziomie ustalonym dla państwowej sfery budżetowej. Rząd jednak zawsze wskazywał, że zgodnie z ustawą o SP ZOZ nie jest już dla nich pracodawcą, dlatego o podwyżkach mogą rozmawiać wyłącznie z dyrektorami placówek. Argumenty te nie przekonywały walczących o podwyżki płac i przez cały omawiany okres prowadzili rozmowy z resortem.

Nie łamiąc zasad reformy służby zdrowia o samodzielności finansowej i prawnej SP ZOZ, placówki służby zdrowia potraktowano jak pozostałe podmioty gospodarcze i włączono do Ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń. Dodano do niej przepis, że *pracownikom SP ZOZ przysługuje od 1 stycznia 2001 r. przyrost przeciętnego wynagrodzenia nie niższy niż 203 zł miesięcznie w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, ze skutkami wzrostu wszystkich składników wynagrodzenia*². Zrównanie zasad podwyższania płac w placówkach służby zdrowia z przedsiębiorstwami dowodziło braku koncepcji zarządzania placami. Wyplata 203 zł w sytuacji niedoboru środków musiała kolidować z istotą ustawy, która nakazywała, aby wzrost płac nie pogorszył relacji ekonomicznych w podmiotach gospodarczych.

Rząd dał pracownikom służby zdrowia jedynie prawo do wzrostu wynagrodzeń o 203 zł, nie wydając z budżetu państwa żadnych środków. Ponadto wskazał dyrektorów SP ZOZ jako wykonawców podwyżek, którzy nie mieli większego wpływu (poza szukaniem oszczędności w innych wydatkach) na ich zrealizowanie. Rząd nieprzemyślaną decyzją wymusił więc wzrost zadłużenia SP ZOZ, którego skutki sam ponosi w następnych latach.

Z informacji resortu zdrowia wynikało, że pełne podwyżki w latach 2001–2002 (203 zł + 110 zł) wyplacono wszystkim pracownikom tylko w 40% SP ZOZ³. Nie poprawiło to sytuacji płacowej, gdyż konsekwencją był brak podwyżek w następnych latach, ze względu na zaangażowanie środków w podwyżki z poprzednich lat.

Z powyższego wynika, że po 1999 r. sytuacja finansowa SP ZOZ, podobnie jak innych podmiotów gospodarczych, stała się głównym czynnikiem wpły-

wającym na poziom, tempo wzrostu i zróżnicowanie wynagrodzeń. Kwalifikacje pracowników nie różnicowały płac, gdyż zmniejszyły się różnice między stanowiskami oraz lekarzami i pielęgniarkami na tych samych stanowiskach. „Ustawa 203” nie zakończyła, jak chciał rząd, jego wpływu na wzrost płac, lecz zachęciła lekarzy i pielęgniarki do dalszych protestów. Uświadomiła im bowiem, że zorganizowane i konsekwentne naciski związkowców mogą przynieść dalszą poprawę sytuacji płacowej.

Dlatego regułą w kolejnych latach stały się akcje protestacyjne, strajki, a nawet głodówki w szpitalach, przeważnie w okresie negocjowania kontraktów z NFZ. Protesty lekarzy przybrały na sile w 2006 r., dlatego minister zdrowia, chcąc uniknąć kolejnych zakłóceń pracy SP ZOZ i rozumiejąc zaniżone płace lekarzy i pielęgniarek, zaproponował podwyżki płac o 30%. Problem sprowadzał się do wydzielenia środków na wzrost wynagrodzeń w ramach przeznaczonych na świadczenia medyczne (dotychczas tego nie było, dlatego uzyskane w ramach kontraktów z NFZ finanse można było przeznaczać na różne cele).

Mechanizm oparto na wyodrębnieniu kosztów pracy. W tym celu określono wskaźniki udziału kosztów pracy w kosztach poszczególnych świadczeń medycznych, na podstawie umów z NFZ wykonanych w 2005 r., m.in. w podstawowej opiece zdrowotnej – 0,63, w lecznictwie szpitalnym – 0,56, w rehabilitacji leczniczej – 0,65, w opiece długoterminowej – 0,71.

Określono również stawki kapitacyjne, stanowiące cenę świadczeń wynegocjowanych z NFZ, w celu obliczenia środków na wynagrodzenia. Określenie udziału kosztów pracy w kosztach świadczeń powinno stanowić punkt wyjścia zarządzania wynagrodzeniami. Uwzględniła bowiem wartość pracy personelu medycznego i decyduje o jego motywacyjności. Nie rozwiązuje jednak podstawowego dylematu, w jaki sposób zapewnić finansowanie świadczeń pokrywających koszty funkcjonowania placówek, w tym wynagrodzeń.

WPLYW ORGANIZACJI ZWIĄZKOWYCH NA ZARZĄDZANIE WYNAGRODZENIAMI

Związki zawodowe niezadowolone z dotychczasowych propozycji rządowych podjęły bardziej zdecydowane działania⁴. Pod ich wpływem powołano w 2006 r. w resorcie zdrowia zespół przygotowujący koncepcję wynagradzania. Najważniejszą kwestią było zapobieżenie dalszej degradacji płac lekarzy i pielęgniarek oraz określenie stałej relacji w stosunku do średniej płacy w kraju. Jednym z argumentów za takim rozwiązaniem były wyjazdy kadry medycznej do innych krajów Unii Europejskiej, gdzie jest ona znacznie lepiej opłacana w wymiarze nie tylko nominalnym, ale realnym. Zespół ten nie przygotował jednak propozycji, które mogłyby znaleźć aprobatę związkowców.

Obserwując sytuację w publicznej służbie zdrowia po 2000 r. odnosi się wrażenie, że większą inicjatywę wykazują organizacje związkowe, a nie kolejne rządy. W tym okresie ekipy rządzące nie zaproponowały żadnego rozwiązania. Dlatego Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy (OZZL) przejął inicjatywę zgłaszając własne propozycje, między innymi ustawowego określenia minimalnego wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia, argumentując to przede wszystkim koniecznością zagwarantowania dolnego poziomu opłacania kwalifikacji. Zaproponował też rządowi pod-

pisanie układu zbiorowego, regulującego wszystkie kwestie wynagradzania.

Również 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) i awansu stanowiskowego płaca powinna wzrastać (Sikora 2006).

Podobne rozwiązanie proponowała Naczelna Rada Lekarska, jednak wynagrodzenie odniesiono do przeciętnej krajowej płacy: lekarz bez specjalizacji otrzymywałby jej dwukrotność, lekarz z I stopniem specjalizacji – 2,5-krotność, a lekarz z II stopniem specjalizacji – trzykrotność. Rząd propozycji lekarzy nie mógł przyjąć, głównie ze względu na zobowiązania finansowe. Proponowane ustalenie płacy minimalnej nie ma też odpowiednika w innych zawodach, mogłoby więc wywołać żądania kolejnych zawodów sfery budżetowej. Dowodzi też, że lekarze i pielęgniarki nie mają wyobraźni ekonomicznej, bowiem swoich pomysłów nie konsultowali z żadnym ekspertem od wynagradzania. Można te żądania tłumaczyć jedynie dużym rozczarowaniem i brakiem wiary w rozwiązanie tej kwestii.

Rok 2007 i początek 2008 r. nie przyniósł w zakresie wzrostu płac żadnych konkretnych rozstrzygnięć, zadowolających personel medyczny. Głównym argumentem rządu pozostała zasada, że wzrost wynagrodzeń w SP ZOZ powinien być sfinansowany ze środków zgromadzonych przez NFZ. Na uwagę zasługuje jedynie nowelizacja na początku 2008 r. Ustawy o zawodzie lekarza, w której wprowadzono przepis, iż wynagrodzenie lekarza rezydenta (początkującego) nie może być niższe od 70% przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce. Nie są jednak z tego zadowoleni sami zainteresowani, gdyż oczekiwali płacy na poziomie 100% tego wynagrodzenia.

Natomiast organizacje związkowe skoncentrowały się na wywieraniu nacisku na dyrektorów placówek przez strajki i głodówki. Nową formą nacisku były wypowiedzenia umów o pracę, składane masowo przez lekarzy, a także branie zwolnień.

Z informacji podawanych w mediach wynika, że wzrost płac na 2008 r. w większości placówek wymuszono różnymi formami protestu. Wielu dyrektorów, pragnąc zapewnić normalne funkcjonowanie szpitali, zawarło pod taką presją porozumienia gwarantujące wzrost płacy zasadniczej w granicach 20%–50%. Na ogół w trakcie negocjowania warunków płacowych lekarze obniżali swoje żądania nawet o połowę.

Ponieważ pielęgniarki w niektórych placówkach nie zostały objęte porozumieniami, prowadziły oddzielne protesty (żądano wzrostu w granicach 50%, a nawet 100%). Dlatego w wielu SP ZOZ, również po różnych formach protestu, w tym przerywania opieki nad pacjentami na kilka godzin, pielęgniarki uzyskały znaczny wzrost wynagrodzeń.

Charakterystyczną cechą większości porozumień w sprawie wzrostu płac dla lekarzy i pielęgniarek zawartych w latach 2007–2008 było zwiększenie zadłużenia placówek. Ponieważ nie grożą konsekwencje w postaci ich likwidacji, dyrektorzy mogą godzić się nawet na wzrost zadłużenia, które z kolei gwarantuje w miarę normalne ich funkcjonowanie, gdyż personel medyczny nie zrezygnuje z pracy. Zgodnie bowiem z ustawą o SP ZOZ za ujemny wynik finansowy odpowiada dyrektor, ale jeśli nie jest w stanie poprawić

kondycji finansowej, dług przechodzi na organ założycielski, najczęściej powiat. Nie jest on jednak zainteresowany likwidacją placówek służby zdrowia, bo odpowiada za zapewnienie opieki zdrowotnej. Każdy ma więc świadomość, że problem finansowania publicznej służby zdrowia, w tym wynagradzania, zostanie kiedyś pozytywnie rozwiązany, a zadłużenie z tego powodu nie doprowadzi do likwidacji placówek.

Kolejna faza żądań wzrostu płac lekarzy i pielęgniarek prowadzi do ważnej refleksji, nad którą powinni zastanowić się decydenci. Publicznej służby zdrowia nie można „jednostronnie” urynkować, tylko w zakresie wydatków, ograniczając źródła dochodów szpitali prawie w 90% do sztywnych kontraktów, wynikających z możliwości NFZ. Jeśli dyrektorzy placówek mają odpowiadać za pokrycie kosztów ich funkcjonowania, w tym za wzrost płac, muszą mieć możliwość poszukiwania dodatkowych źródeł ich pokrycia. W żadnej firmie rozsądny menedżer nie zgodzi się na wzrost płac, który doprowadzi do zadłużenia. Zasady te muszą także obowiązywać w SP ZOZ.

KIERUNKI ZMIAN W WYNAGRADZANIU W PUBLICZNEJ SŁUŻBIE ZDROWIA

Funkcjonowanie SP ZOZ po 1999 r. pokazało, że kosztów ich działalności, podobnie jak każdego innego podmiotu gospodarczego, nie można określać odgórnie (abstrakcyjnie), nie uwzględniając żadnych realiów, szczególnie rzeczywistej liczby pacjentów znajdujących się w rejonie obsługi placówki (norm obsługi pacjentów), wskaźników zachorowalności, liczby lekarzy i pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów, kosztów unowocześnienia sprzętu medycznego, kosztów infrastruktury.

Z punktu widzenia pracownika najważniejszym czynnikiem jest koszt pracy. Z kolei najważniejszym składnikiem tych kosztów są wynagrodzenia, stanowiące swoistą cenę pracy lekarza, pielęgniarki, technika medycznego, salowej itp. Cena ta w gospodarce rynkowej musi uwzględniać podstawowe kryteria różnicowania płac oraz inne czynniki wpływające na ich poziom.

Skoro SP ZOZ ma być traktowany jak każdy podmiot gospodarczy, to jego dyrektor powinien mieć identyczne możliwości w zakresie zarządzania wynagrodzeniami, jak menedżerowie w tych podmiotach. We współczesnej firmie nie może on liczyć na dobre wyniki i konkurencyjność, nie uwzględniając zależności między wielkością produkcji czy usług a wielkością środków na wynagrodzenia. Pokazała to sytuacja na rynku pracy w 2007 r., kiedy pracodawcy w wielu sektorach musieli zaproponować wyższe płace, nawet kosztem obniżenia zysków, aby firmy mogły realizować swoje cele.

Tymczasem w zreformowanych SP ZOZ takie zależności nie występują. Aktywne szpitale wykonujące usługi ponadnormatywne są nawet „karane” wzrostem długów. Podobnie przy kształtowaniu wynagrodzeń indywidualnych dyrektorzy szpitali nie mogą uwzględniać powszechnie stosowanych czynników, takich jak kwalifikacje, odpowiedzialność, efekty pracy, a także rynek pracy. Wobec swoich pracowników muszą zajmować postawy nawet niezgodne z własnym sumieniem i rachunkiem ekonomicznym.

Trzeba się dziwić, że w tej sytuacji znajdują się chętni do kierowania szpitalami; prawdopodobnie motywują ich wysokie, jak na służbę zdrowia płace. Cho-

ciaż na początku 2008 r. do dymisji podał się dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie, nie mogąc spełnić żądań pielęgniarek prawie 100-procentowej podwyżki płac, bez wzrostu zadłużenia. Gdyby takich dyrektorów było więcej, mogło by to przyspieszyć rozwiązanie finansowania służby zdrowia.

Warto jeszcze podkreślić, że brak długofalowej koncepcji wynagradzania powoduje, iż kolejne rządy znajdują się w sytuacji przymusowej i godzą na nie zawsze racjonalne rozwiązania, aby likwidować źródła konfliktów. Konsekwencją tego może być bardzo duże zróżnicowanie wynagrodzeń w przekroju stanowiskowym, zawodowym oraz regionalnym.

Chociaż nie dysponujemy odpowiednimi informacjami, można założyć, że na zróżnicowanie wynagrodzeń w niewielkim stopniu wpływają świadome działania menedżerów, w tym metody zarządzania, a w decydującym czynniki, na które nie mają wpływu. Tak nie można jednak skutecznie zarządzać współczesną organizacją, także w służbie zdrowia.

WPLYW REFORMY NA SYTUACJĘ PŁACOWĄ LEKARZY I PIELĘGNIAREK

W podsumowaniu trzeba zwrócić uwagę, jak w wyniku reformy w służbie zdrowia (która miała przecież poprawić również sytuację materialną pracowników) zmieniła się pozycja płacowa lekarzy i pielęgniarek w stosunku do porównywalnych pod względem złożoności pracy i kwalifikacji pracowników innych zawodów i stanowisk.

Przed wszystkim między rokiem 1998 i 2006 poprawiła się nieznacznie pozycja płacowa lekarzy w stosunku do przeciętnej płacy specjalistów ogółem w kraju – ze 104,2% do 118,7%, a w sektorze publicznym – do 129,6%. Natomiast relacje płac lekarzy w stosunku do wszystkich nauczycieli w zasadzie nie zmieniły się – w przypadku szkół podstawowych zmniejszyły się ze 158,1% do 152,8%, a nauczycieli akademickich z 96,9% do 90,3%.

Natomiast w stosunku do wynagrodzeń dyrektorów generalnych i prezesów oraz kierowników małych przedsiębiorstw nastąpiły bardziej wyraźne, ale różnokierunkowe zmiany. Między 1998 oraz 2006 r. wystąpiła relatywna obniżka płac lekarzy w stosunku do dyrektorów generalnych i prezesów; w 1998 r. stanowiły one 58,2%, podczas gdy w 2006 r. tylko 47%. Natomiast w stosunku do kierowników małych firm relacje płac lekarzy zdecydowanie poprawiły się – z 78% na 97%.

Porównania płac przeciętnych lekarzy, zwłaszcza do kierowników małych firm (część mniejszych SP ZOZ należy do tej kategorii) wskazują, że reforma płac wprowadziła jednak korzystne zmiany w relacjach płac lekarzy.

W wyniku reformy poprawiła się też pozycja płacowa pielęgniarek i położnych na tle innych zawodów niemiedycznych. Natomiast w stosunku do lekarzy ich place w 1998 r. (a więc przed reformą) i w 2006 r. pozostały na tym samym poziomie – odpowiednio 57,9% i 56,9%. Oznacza to jednak, że płace lekarzy i pielęgniarek – wbrew opiniom tych ostatnich – rosły w poprzednich latach w podobnym tempie. W dalszym ciągu są one zbyt mało zróżnicowane, chociaż pielęgniarki są prawdopodobnie innego zdania.

Poprawiła się natomiast sytuacja płacowa w stosunku do średniego personelu biurowego, z którym przez wiele lat porównywano płace pielęgniarek (z 71,9% w 1998 r. do 85,3% w 2006 r.). Jednak mimo

wciąż podobnego poziomu wykształcenia, personel biurowy wykonuje prace o mniejszej złożoności i odpowiedzialności.

Płace pielęgniarek i położnych również ogółem wzrosły w stosunku do przeciętnej płacy techników – z 73,4% do 80%. Natomiast zyskały bardziej wyraźnie w stosunku do przeciętnej płacy robotników przemysłowych. Ich przeciętna płaca po raz pierwszy od 1990 r. przekroczyła poziom płac tych robotników prawie o 3% (w 1998 r. stanowiła 83,4%).

Z podanych wyżej informacji oraz analizy sytuacji wynika, że reforma zapoczątkowana w 1999 r. nie przyniosła pracownikom służby zdrowia oczekiwanych przez nich korzyści w postaci korzystniejszych relacji płac na miarę złożoności wykonywanych prac i odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa. Nie spowodowała też – wbrew odczuciom, zwłaszcza pielęgniarek i położnych – pogorszenia sytuacji pracowników na tle innych zawodów.

Niewielkie korekty relacji, widoczne przede wszystkim w wynagrodzeniu przeciętnym, nie są odczuwalne na tle znacznego wzrostu płac w innych dziedzinach gospodarki, nie przekraczają też progu motywacji. Lekarze i pielęgniarki, wobec braku rozwiązań systemowych, chcą w szybkim tempie nadrobienia zaległości z wielu poprzednich lat i nie zamierzają dalej czekać. Nie interesują ich zadłużenia szpitali, a nawet fakt, iż mogą stracić miejsca pracy, gdyż sami mogą z nich zrezygnować, przechodząc do zakładów niepublicznych. Są to bardzo mocne argumenty w negocjowaniu lepszych warunków wynagradzania.

Negatywnym efektem nie rozwiązania kwestii płacowej jest też brak zainteresowania pracowników sprawami placówek, w których pracują, a także odpowiedzialności za poziom świadczonych usług. Odcinanie od łóżek pacjentów, branie urlopów dowodzi, że przekroczono pewną barierę psychologiczną wynikającą z braku motywacji, gdzie lekarz czy pielęgniarka przestaje reagować na otoczenie, któremu ma służyć. Dla podejmujących głodówkę pielęgniarek nie jest istotne, czy placówka znajdzie środki na podwyżki i czy pacjenci będą obsłużeni, gdyż najważniejsze są środki konieczne do utrzymania rodziny.

Trzeba przyznać, że w normalnych warunkach funkcjonowania służby zdrowia takie postawy personelu medycznego mogłyby stanowić nawet przesłankę do rozwiązania umowy o pracę. Czy w związku z tym nie zajądą w psychice tego personelu zmiany w postaci braku reakcji na zachowanie pacjentów, na ich cierpienia, na sposób leczenia i opiekę medyczną, zwane popularnie znieczulicą?

Reakcja personelu medycznego powinna ostatecznie przekonać polityków, że zarządzanie wynagrodzeniami w tej sekcji gospodarki nie może mieć charakteru akcyjnego (od strajku do strajku), nie może też polegać na ciągłym poszukiwaniu środków

i koncepcji. Przeciętny pracownik, płacący składki na ubezpieczenie zdrowotne (w jego odczuciu dość wysokie), oczekuje odpowiedniego poziomu usług świadczonych przez publiczną służbę zdrowia, gdyż jest to ważna funkcja państwa. Państwo odpowiedzialne za funkcjonowanie sektora publicznego ma również obowiązek kształtowania racjonalnych relacji płac między różnymi dziedzinami, w formie pośredniej lub bezpośredniej, gwarantujących motywacyjność dla wykonywanych usług.

Obecnie zarządzanie wynagrodzeniami sprowadza się do minimalizowania tempa ich wzrostu przez stronę rządową i bagatelizowania obiektywnego opłacania prac medycznych oraz maksymalizowania poziomu płac przez organizacje związkowe i jak najszybszego jego osiągnięcia. Obie strategie nie rozwiązują problemu wynagradzania w publicznej służbie zdrowia.

¹ Początkowo nawet sądy nie były przekonane, czy za świadczenia medyczne niezakontrowane przez NFZ należy się szpitalom zapłata. Dlatego w latach 2002–2004 wydano kilkanaście wyroków niekorzystnych dla szpitali. Dopiero w latach 2005–2006 zapadło kilka wyroków stwierdzających, że zgodnie z art. 7 Ustawy o ZOZ z 1991 r. oraz art. 30 Ustawy o zawodzie lekarza z 1991 r. świadczenia takie powinny być wykonane, a szpitalowi należy się zapłata od NFZ. (Lewandowska 2006).

² Ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń przedsiębiorców (DzU z 2001 r., nr 5, poz. 45).

³ Materiały Ministerstwa Zdrowia, Departament Budżetu, Finansów i Inwestycji.

⁴ Problem długofalowego rozwiązania relacji płac między służbą zdrowia i innymi dziedzinami gospodarki pojawiał się kilkakrotnie, poczynając od lat 80. Nawet w trakcie obrad okrągłego stołu dyskutowano na ten temat (Czajka 2002).

LITERATURA

- Manys K. (2008), *Polacy są za wyższymi pensjami dla budżetowców*, „Rzeczpospolita” nr 7.
- Rada Ministrów (1991), *Zakres reformowania systemu opieki zdrowotnej w 1991 r.*, materiały z maja.
- Czajka Z. (2004), *Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia*, Warszawa: IPISS.
- Solecka M. (2004), *Jest źle, szansa na poprawę nie widać*, „Rzeczpospolita” z 1 kwietnia.
- Stanowisko Unii Metropolii Polskich* (2003), „Służba Zdrowia” nr 33-36.
- Lewandowska I. (2006), *NFZ zapłaci szpitalom za niezamówione świadczenia*, „Rzeczpospolita” z 21 listopada.
- Założenia reformy* (1998), „Puls Solidarności”, marzec.
- Czajka Z. (2002), *Kształtowanie płac w sferze budżetowej w Polsce*, Warszawa: IPISS.
- Sikora D. (2006), *Walczą o wyższe zarobki*, „Gazeta Prawna” z 13–15 października.

SUMMARY

This article aims at presenting different actions, by government, trade unions, hospital managers and medical personnel within the confines of payment management in public health service after the reforms in 1999 y. All the time the main payment problem was increase salaries for medical personnel. Trade unions demand level of salaries adequate to importance and function health service in whole economy and doctors and nurses qualifications. Between government suggestions and medical personnel expectation of salary increase was considerable difference. Changes in rules of public health service financed (as one of rule reforms in 1999) to cause decrease wages budget to happen. In this connection trade unions organized different protests, like strike, sick leave and dismissed doctors from work. Government to show trade unions, that hospital managers to bear responsibility for salary increase. Trade unions are waiting from government strategic conception of payment system for doctor and nurses.