

Ewaluacja form wynagradzania pracowników ochrony zdrowia w Polsce

Grzegorz Materna*

Wprowadzenie

Przemiany gospodarcze stymulują istotne przekształcenia struktury społecznej. Ujawniają się nowe interesy grupowe i kształtują nowe podziały społeczne. Każda realizowana polityka społeczno-gospodarcza wywiera wpływ na zdrowie a podstawowymi uwarunkowaniami zapewniającymi dobry stan zdrowia są: spokój społeczny, stabilny system ekonomiczny gwarantujący sprawiedliwość i równość społeczną oraz dostępne i odtwarzalne zasoby naturalne. Również globalne i lokalne bezpieczeństwo ekonomiczne zakładające godne warunki mieszkaniowe, edukację, odpowiednie żywienie oraz płace umożliwiające dostęp do tych dóbr. Oznacza to konieczność nacisku na działanie wszystkich elementów z wszystkimi podmiotami życia publicznego dla generowania odpowiedniej polityki ochrony zdrowia. Treść, formy i zakres ochrony zdrowia ludności zawsze były konsekwencją stanu sił wytwórczych, ustroju społeczno-politycznego oraz poziomu kultury, nauki i techniki.

Jednym z największych problemów reform, zawsze był i jest nadal opór przed zmianami oraz pokonanie psychologicznych barier, pomimo że prowadzą one do skuteczniejszej i lepszej jakościowo opieki zdrowotnej. Wynika to z faktu, że zmiany w jednostkach opieki zdrowotnej różnią się zasadniczo od innych opisywanych w teorii organizacji, zakresem i specyficznym przebiegiem ich w czasie.

Formy wynagradzania

System ochrony zdrowia stawia sobie za cel przede wszystkim zapewnienie przez państwo swym obywatelom racjonalnego dostępu do świadczeń w ramach określonego budżetu. Nie jest to łatwe do osiągnięcia, gdyż wraz ze wzrostem

* dr Grzegorz Materna, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej Nr 1

zamożności społeczeństwa, wzrastają jego oczekiwania i wymagania co do świadczonych usług oraz możliwości korzystania z coraz to nowocześniejszych technologii medycznych. Z drugiej strony dochodzą do tego ograniczenia finansowe budżetu państwa. W poszczególnych krajach systemy ochrony zdrowia są dodatkowo uzależnione od regulacji natury administracyjno- prawnej, a w krajach będących członkami Unii Europejskiej także regulacjami wynikającymi z obowiązku przestrzegania prawa wspólnotowego.

Wszystkie rozwijające się kraje świata zaczynają dostrzegać i uzmysławiać sobie, że przyszłość handlu to nie tylko obrót towaram materialnym lecz także handel usługami. Teoria zarządzania nie zwracała do tej pory większej uwagi na sprzedaż usług. Zajmowała się głównie obszarem towarowym. Usługami są również świadczenia zdrowotne, które przez nauki o zarządzaniu powinny być badane wyjątkowo wnikliwie. Dzieje się tak, gdyż z punktu widzenia człowieka zaspokajają jego fundamentalne potrzeby czyli życie i zdrowie. Popyt na usługi zdrowotne rośnie i będzie wzrastał, ponieważ w krajach wysoko rozwiniętych przeciętna długość życia jest znacznie dłuższa niż w krajach biednych lub rozwijających się. Wobec powyższego starzejąca się populacja krajów rozwijających się mając wzorce dotyczące długości życia 75-85 lat w krajach bogatych przedkłada opiekę zdrowotną nad inne dobra i jest w stanie wydać na zdrowie wszystkie posiadane środki.

Wysoko i średnio rozwinięte kraje świata pomimo, różnego stopnia rozwoju gospodarczego posiadają zbliżone problemy związane z funkcjonowaniem systemu zdrowia. W zasadzie pełna dostępność do świadczeń, jaką posiadają mieszkańcy tych krajów nie odpowiadała proporcjonalnie do poziomu stanu zdrowia tejże ludności. Przykładem może być wydłużenie przeciętnego trwania życia w tych krajach, z drugiej jednak strony istnieją pewne grupy ludności, których stan zdrowia znacznie odbiega od uznawanego za dobry. Za taki stan rzeczy odpowiedzialnych jest kilka czynników, przede wszystkim problemy finansowe, niewystarczające wyniki systemu ochrony zdrowia przy jednoczesnym wzroście potrzeb zdrowotnych, oraz niski poziom wykształcenia, zły tryb życia ludności, czy czynniki środowiska. Znaczącą cechą systemów ochrony zdrowia państw wysoko rozwiniętych jest pełna dostępność ich mieszkańców do opieki zdrowotnej. W efekcie każdy z obywateli ma prawo zgłosić się do wybranego lekarza lub szpitala, gdzie otrzymuje odpowiednią pomoc medyczną, z kolei lekarz ma prawo i obowiązek podjęcia leczenia oraz przypisania odpowiednich leków. W związku z tym coraz częściej zauważa się w przypadku krajów średnio i wysoko rozwiniętych podejmowanie działań o charakterze prewencyjnym, uznawanych za jeden z elementów strategii działań na rzecz zdrowia całego społeczeństwa.

Głównym źródłem problemów z jakim muszą borykać się wszystkie państwa na świecie, a w szczególności kraje wysoko rozwinięte jest efekt starzenia się populacji. Jak się bowiem okazuje jest ono przyczyną wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, z kolei nowoczesne technologie, dzięki którym możliwe jest owo wydłużenie życia społeczeństwa stawiają nowe wyzwania dla funkcjonowania systemu zdrowia, szczególnie w sferze jego finansowania. Poza tym wszystkie kraje świata, nie tylko te wysoko rozwinięte, mają świadomość systematycznego wzrostu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Czynnikiem determinującym ten wzrost są transformacje zarówno demograficzna jak i

epidemiologiczna. W krajach wysoko rozwiniętych około 1/3 do 1/2 nakładów na zdrowie pochłaniają potrzeby zdrowotne osób powyżej 65 roku życia [J. Leowski, 2004, s. 147]. Sytuacja taka przez najbliższe dekady naszego wieku będzie wzrastała, aż ulegnie pewnej względnej stabilizacji. W efekcie dojdzie do wzrostu liczby przypadków występowania chorób przewlekłych, które są wynikiem starzenia się takich jak: choroby układu krążenia, nowotwory, choroby narządów ruchu, oraz inne choroby wpływające negatywnie na funkcje psychosomatyczne. W chwili obecnej radykalne obniżenie częstotliwości występowania tych chorób u osób starszych pozostaje poza możliwościami medycyny.

Wzrost potrzeb zdrowotnych społeczeństwa wpływa na zwiększenie kosztów opieki zdrowotnej. Jest to efektem swego rodzaju podaży usług. Jak przecież wiadomo wszelkiego rodzaju procedury związane ze świadczeniem usług medycznych są pracochłonne, wymagają odpowiedniego poziomu wiedzy, kompetencji. Jednakże najważniejszym czynnikiem wpływającym na zwiększenie się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a tym samym na wzrost kosztów ochrony zdrowia jest postęp technologiczny. Dzięki niemu możliwe jest szybsze, dokładniejsze i lepsze diagnozowanie większości chorób, jak również ich leczenie. Postęp w technologii medycznej cały czas się odbywa i wpływa na zwiększanie zakresu i skali interwencji medycznych, jak również ich skuteczności szczególnie ze względu na stale poszerzające się spektrum chorób. W rezultacie postęp ten spowoduje dalszy wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne oparte na nowych technologiach, a co za tym idzie wzrostu nakładów na opiekę zdrowotną. Wzrastać będą przede wszystkim te oczekiwania społeczne, które związane są z nowymi procedurami diagnostycznymi i leczniczymi, w tym także stosowanymi farmaceutykami.

Polityka zdrowotna jest przede wszystkim ukierunkowana na rozwój zasobów sektora zdrowotnego, a w tym profesjonalnej kadry medycznej, infrastruktury, leków, sprzętu medycznego oraz finansowania, a zasobność ta decyduje o dostępności. W ocenie dostępu mieszkańców do lekarzy istotne znaczenie ma jakość zarządzania w sektorze opieki zdrowotnej oraz w zakładach zdrowotnych, szczególnie przy niskim poziomie finansowania. Może zdarzyć się jednak i tak, że nawet poprawa poziomu finansowania nie da odpowiedniego efektu w dostępności. Biorąc pod uwagę nasycenie kadrami medycznymi wskaźniki liczby lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego w Polsce są niższe niż w innych krajach europejskich. W 2009 roku na 10 000 mieszkańców w Polsce przypadało 25 lekarzy, z kolei w Grecji ta liczba wynosiła 44, w Niemczech 34, we Włoszech 41. Wartość tego wskaźnika w Polsce jest niższa niż przeciętnie w Unii Europejskiej, gdzie oscyluje on wokół 34. W konsekwencji dostępność opieki lekarskiej mierzona wskaźnikami nasycenia w kadry jest w Polsce niższa niż w innych krajach europejskich, szczególnie Europy Zachodniej [Kuszeński K., Gericke Ch., 2005]. W przypadku pielęgniarek, podobnie jak lekarzy wskaźnik zatrudnienia na 10 000. mieszkańców w Polsce wynosi 50 i jest niższy niż przeciętnie w innych krajach europejskich np. Czechy 81, Niemcy 96, Francja 75. Spadek liczby pielęgniarek przypadających na 10 000. mieszkańców obserwuje się od końca lat 90, a związane jest to z jednej strony ze słabnącym zainteresowaniem zawodem pielęgniarki, czy trudniejszymi warunkami pracy niż w innych zawodach, ograniczonymi możliwościami awansu jak również emigracją zawodową. Głównym

kierunkiem wyjazdów stała się Wielka Brytania, Niemcy, Norwegia i Włochy. Powodem emigracji są głównie wyższe zarobki w tych krajach. Wprawdzie płace lekarzy w Polsce rosną, ale od początku transformacji dynamika wzrostu płac w zawodach medycznych jest niższa od przeciętnego wzrostu płac w gospodarce narodowej [Golinowska S., Koziarkiewicz A., Sowada Ch, 2004]. Wśród lekarzy zainteresowanych podjęciem pracy w krajach Unii Europejskiej dominują specjaliści, w tym specjaliści w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii plastycznej, chirurgii klatki piersiowej, medycyny ratunkowej. Wyjazdy kadry medycznej do pracy za granicą to nie tylko wynik działania takich czynników jak niskie płace i gorsze warunki pracy, ale także wynik działania zagranicznych biur pośrednictwa pracy, oraz samych pracodawców. Z powodu długich kolejek do specjalistów w placówkach opieki publicznej nagminnie stało się korzystanie z prywatnej opieki specjalistycznej, co jednocześnie powoduje systematyczny wzrost cen tych usług. Przeciętny czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na wizytę u specjalisty są zróżnicowane w Polsce pod względem regionalnym i w przekroju placówek. Najdłuższe kolejki występują w poradniach i oddziałach o profilach m.in. kardiologicznym, okulistycznym czy chirurgicznym. Najdłużej czeka się także na wizytę w dużych aglomeracjach miejskich, jak na przykład w Warszawie. Zgodnie z badaniem porównującym europejskie systemy opieki zdrowotnej - Euro Health Consumer Index dostęp do opieki specjalistycznej oceniono jako zły, a jako szczególnie zły wskazano dostęp do opieki kardiologicznej [Health Consumer Powerhouse, ...2007]. Jednym z czynników potencjalnego ograniczenia dostępu do usług w zakresie opieki zdrowotnej jest niski poziom wynagrodzenia pracowników medycznych zatrudnionych w publicznych zakładach ochrony zdrowia. Wynika to z faktu, że niskie płace w systemie ochrony zdrowia przekładają się na ograniczenia podaży zasobów pracy personelu medycznego oraz sprzyjają gorszej efektywności świadczonych usług. Poza tym niskie wynagrodzenia prowadzą do podejmowania pracy dodatkowej w sektorze prywatnym, dodatkowych dyżurów lub migracji zarobkowej. Ponadto wzrost wynagrodzeń zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek został wyraźnie zahamowany, co doprowadziło do eskalacji konfliktów i licznych akcji strajkowych. W rezultacie dochodzi do zakłócenia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i ograniczenia realnego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Sytuacja taka jest spotykana szczególnie w dwóch zasadniczych obszarach: dostępności do planowanych świadczeń szpitalnych ze względu na powtarzające się i długotrwałe strajki, oraz nakłanianie pacjentów do korzystania z sektora prywatnego, co z kolei ogranicza dostępność dla pacjentów uboższych.

Podstawowym problemem publicznych szpitali jest brak możliwości generowania większej ilości usług zdrowotnych z powodu braku motywacji wyższego personelu medycznego do efektywniejszej pracy. Bardzo częstym elementem kosztów są koszty bloku operacyjnego, który jest wykorzystany w 25%, a utrzymywany ze względów bezpieczeństwa przez całą dobę. Lekarze śpieszą się do innych zajęć poza publicznym szpitalem, w innych placówkach w większości niepublicznych.

Powyższe mankamenty można znacznie ograniczyć motywując lekarzy do bardziej wydajnej pracy w sektorze publicznej ochrony zdrowia poprzez

uzależnienie ich zarobków od wykonywanych czynności medycznych, co jest również związane ze znacznym podwyższeniem wynagrodzenia w przypadku części lekarzy. Niektórzy z tego sektora zostaną wyeliminowani lub zdecydują się na pracę tylko w sektorze niepublicznym.

Kraje Unii Europejskiej jako najczęstszą formę wynagrodzenia lekarzy zatrudnionych w publicznych szpitalach przyjęły stałą miesięczną pensję. W Niemczech lekarze mogą wystawiać rachunki prywatnym pacjentom, co stanowi dodatkowe źródło zarobkowania. Podobna sytuacja jest w Austrii, choć tam opłata za prywatną pomoc medyczną dzielona jest pomiędzy wszystkich lekarzy pracujących na danym oddziale według ustalonej przez nich proporcji. W Wielkiej Brytanii i Irlandii lekarze wprawdzie mogą leczyć prywatnych pacjentów, z tym że wynagrodzenie z tego tytułu nie może przekroczyć 10% ich wynagrodzenia. W Hiszpanii, Portugalii, Grecji i Włoszech lekarze czerpią dodatkowe profity z prowadzenia prywatnych praktyk. Generalnie można przyjąć, że finansowanie wynagrodzeń osób pracujących w opiece stacjonarnej odbywa się na podstawie dwóch podstawowych metod. Pierwsza z nich polega na określaniu wysokości zarobków w zależności od realizowanych świadczeń, czego najbardziej zaawansowanym przykładem może być Francja, Belgia, Irlandia, Włochy, Portugalia i Hiszpania. W pozostałych krajach Unii Europejskiej w większości szpitali stosuje się procedurę opartą na stałości wynagrodzenia z możliwością ograniczonego dodatkowego zarobkowania.

Polski system ochrony zdrowia od wielu lat boryka się z problemem niezrównoważenia wydatków z przychodami. Sytuacja ta została opisana w raporcie z 2004 roku „Finansowanie ochrony zdrowia- Zielona Księga”. Jak bowiem wskazano głównym problemem systemu opieki zdrowotnej jest brak jego dofinansowania w stosunku do zobowiązań państwa odnoszących się do finansowania pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych w warunkach zmiany struktury w finansowaniu wydatków. Poza tym owa nierównowaga systemu występuje w warunkach wzrostu przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, co w efekcie doprowadza do ograniczenia finansowania służby zdrowia z budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego. Zmiany struktury finansowania wydatków były następstwem zróżnicowanej dynamiki wzrostu wartości różnych składników kosztów. Ceny leków i sprzętu medycznego wzrastały zgodnie

z dynamiką rynkową, z kolei inne składniki, głównie wynagrodzeń, nie były dopuszczane do wzrostu. W związku z tak zaistniałą sytuacją utrwaliły się dwa zjawiska pogarszające dostępność publicznych usług zdrowotnych, takich jak: zadłużenie szpitali oraz konflikty pracowników służby zdrowia prowadzące do strajków i zwolnień z pracy.

Coraz częściej z powodu braków kadry lekarskiej publiczne szpitale w Polsce decydują się na zatrudnianie lekarzy na podobieństwo w/w metody pierwszej, polegającej na uwarunkowaniu zarobków od nakładów pracy w danej placówce medycznej. Jedną z możliwości jest zmiana etatowej formy zatrudnienia na bardziej motywującą kontraktową o charakterze akordowym. Jak te zmiany wpływają na pracę lekarzy pokazuje poniższa analiza.

Województwo podkarpackie liczy 2 103 837 mieszkańców. Funkcjonuje 914 zakładów opieki zdrowotnej, 1445 placówek oraz 8526 komórek publicznych i niepublicznych oraz 17025 łóżek opieki stacjonarnej [Samorząd Województwa Podkarpackiego]. Liczba lekarzy wykonujących zawód - 4 786 lekarzy. Liczba lekarzy przypadających na 10 000 mieszkańców to ponad 22 lekarzy (22,75) [Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej ...].

W województwie mazowieckim liczba mieszkańców jest około dwa razy większa od województwa podkarpackiego i liczy 5124018 osób, zaś liczba lekarzy wykonujących zawód wynosi 20 440. Tak więc wskaźnik oznaczający liczbę lekarzy przypadających na 10 000 osób wyniósł około 40 lekarzy (39,89).

Dla porównania należy również wskazać województwo śląskie liczące 4 742 874 mieszkańców z liczbą lekarzy pracujących zawodowo osiągającą poziom 14 998, z czego wynika, że na 10 000 mieszkańców przypada ponad 30 lekarzy (31,62).

W/w dane pokazują, że w woj. podkarpackim wskaźnik nasycenia lekarzy jest najniższy, a w województwie mazowieckim najwyższy (ponad cztery razy więcej lekarzy niż w województwie podkarpackim), pośrodku ukształtowało się woj. śląskie, gdzie liczba mieszkańców zdecydowanie przewyższa województwo podkarpackie (liczba lekarzy jest trzy razy większa od liczby lekarzy w woj. podkarpackim). Wniosek - to zbyt mało lekarzy pracujących zawodowo w województwie podkarpackim w porównaniu do porównywanych województw.

Głównym celem badań autora jest wykazanie, że kontraktowy system zatrudnienia lekarzy o charakterze akordowym pozytywnie wpływa na zwiększenie intensywności pracy, bez obniżenia jakości ich usług, co pozwala na redukcję mankamentów związanych z brakiem wystarczającej ilości lekarzy w Polsce a zwłaszcza na terenie województwa podkarpackiego.

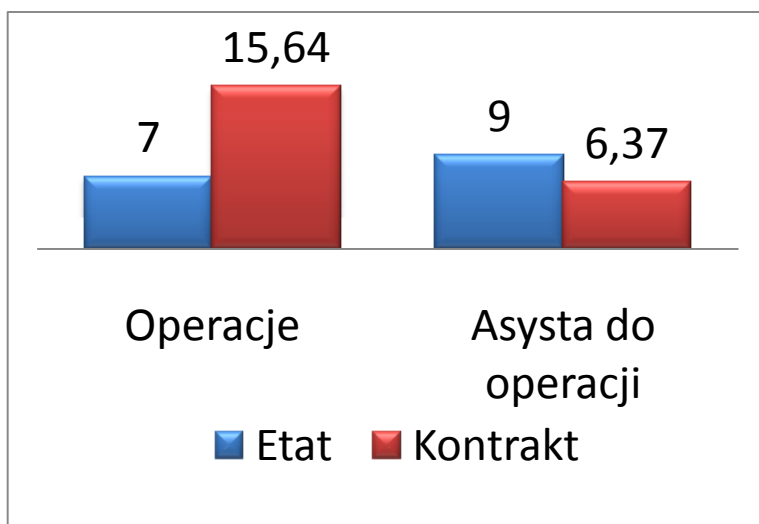
Badaniom zostały poddane oddziały w szpitalach miasta Rzeszów tj. Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Rzeszowie, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie. W celu obiektywnej i rzetelnej oceny porównywani mogli być tylko ci lekarze, którzy w danych oddziałach pracowali w przeszłości w ramach umowy o pracę i zdecydowali się przejść na kontrakty akordowe.

Badane oddziały to Oddział Ginekologiczno – Położniczy, Oddział Urazowo Ortopedyczny, Oddział Urologiczny oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie a także pion radiologii w Szpitalu Specjalistycznym im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie. W podanych oddziałach i pracowniach diagnostycznych lekarze w przeszłości pracowali na zasadzie umowy o pracę i w latach 2007 – 2010 zdecydowali się zmienić zatrudnienie na kontraktowe o charakterze akordowym.

Analiza – Oddział Ginekologiczny (średnia miesięczna na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

Operacje / Etat	7,00
Operacje / Kontrakt	15,64
Asysta do operacji / Etat	9,00
Asysta do operacji / Kontrakt	6,37

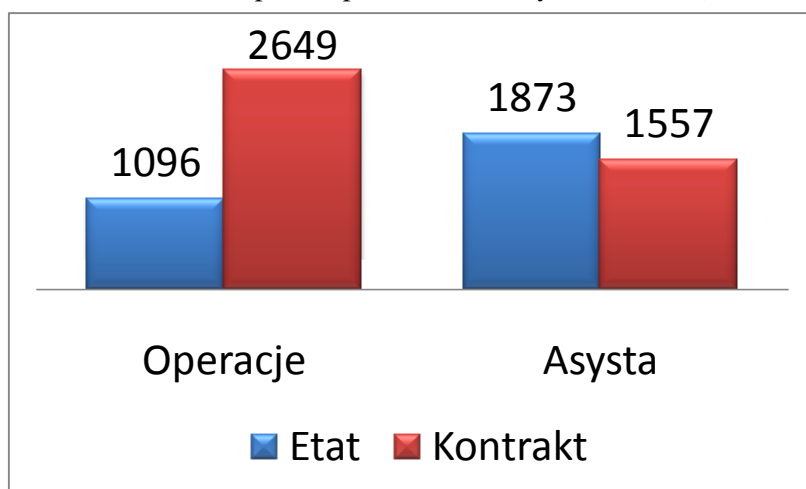
Wykres 1. Oddział Ginekologiczny (średnia miesięczna ilość zabiegów operacyjnych i asyst do zabiegów na 1 lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).



Źródło: opracowanie własne.

Punkty NFZ za:	
Operacje / Etat	1096,73
Operacje / Kontrakt	2649,12
Asystę / Etat	1873,57
Asystę / Kontrakt	1557,63

Wykres 2. Oddział Ginekologiczny (średnia miesięczna ilość punktów z zabiegów operacyjnych i asyst do zabiegów rozliczanych według klasyfikacji NFZ na 1 lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

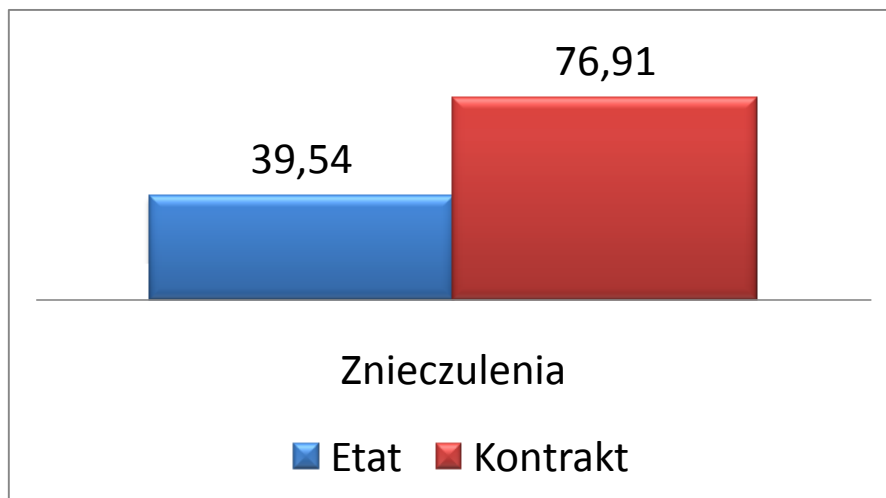


Źródło: opracowanie własne.

Analiza – Oddział OIT (średnia miesięczna na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

Znieczulenia / Etat 39,54
 Znieczulenia / Kontrakt 76,91

Wykres 3. OIT (średnia miesięczna ilość znieczuleń na 1 lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

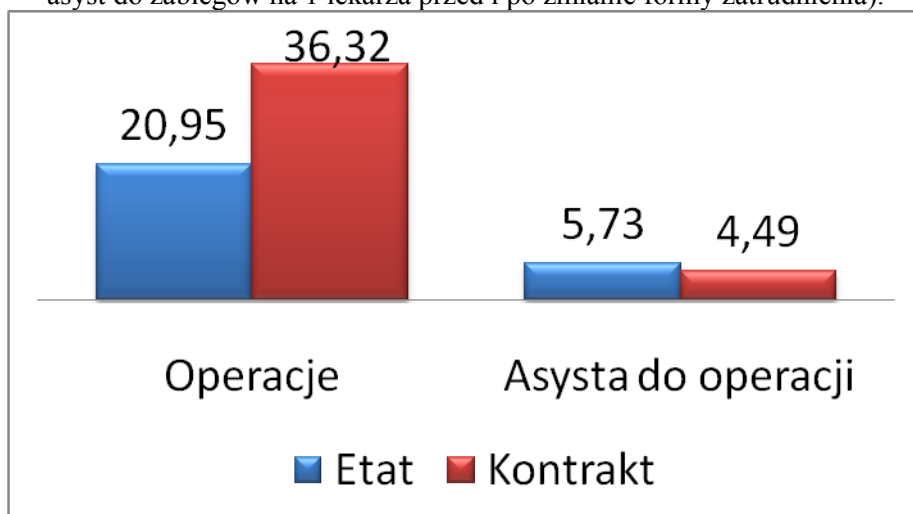


Źródło: opracowanie własne.

Analiza – Oddział Ortopedyczny (średnia miesięczna na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

Operacje / Etat	20,95
Operacje / Kontrakt	36,32
Asysta do operacji / Etat	5,73
Asysta do operacji / Kontrakt	4,49

Wykres 4. Oddział Ortopedyczny (średnia miesięczna ilość zabiegów operacyjnych i asyst do zabiegów na 1 lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

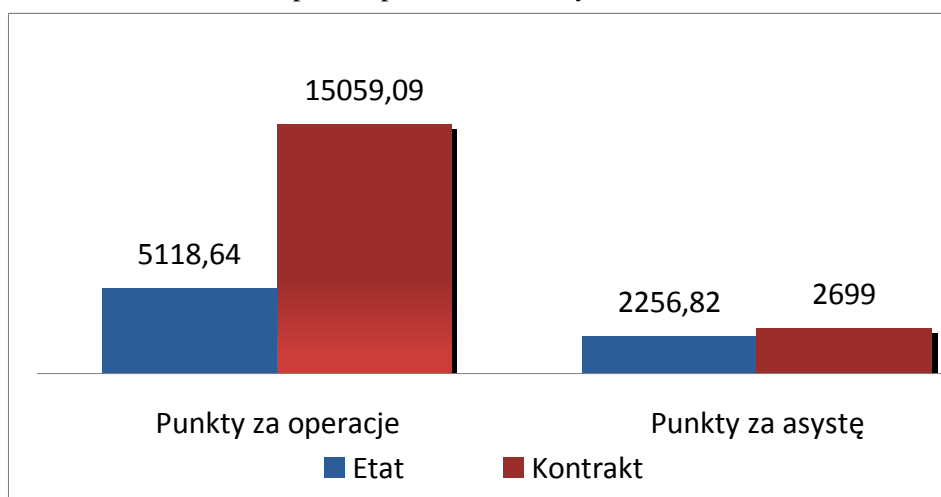


Źródło: opracowanie własne.

Punkty NFZ za:

Operacje / Etat	5118,64
Operacje / Kontrakt	15059,09
Asystę / Etat	2256,82
Asystę / Kontrakt	2699,00

Wykres 5. Oddział Ortopedii (średnia miesięczna ilość punktów z zabiegów operacyjnych i asyst do zabiegów rozliczanych według klasyfikacji NFZ na 1 lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

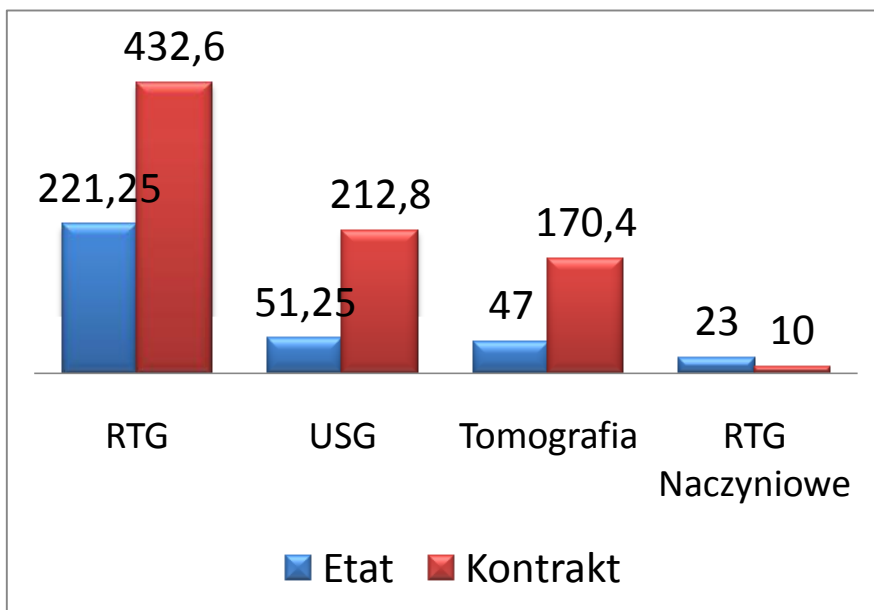


Źródło: opracowanie własne.

Analiza – Dział Radiologii (średnia miesięczna na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

RTG / Etat	221,25
RTG / Kontrakt	432,60
USG / Etat	51,25
USG / Kontrakt	212,80
Tomografia / Etat	47,00
Tomografia / Kontrakt	170,40
RTG Naczyniowe / Etat	23,00
RTG Naczyniowe / Kontrakt	10,00

Wykres 6. Dział Radiologii (średnia miesięczna na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

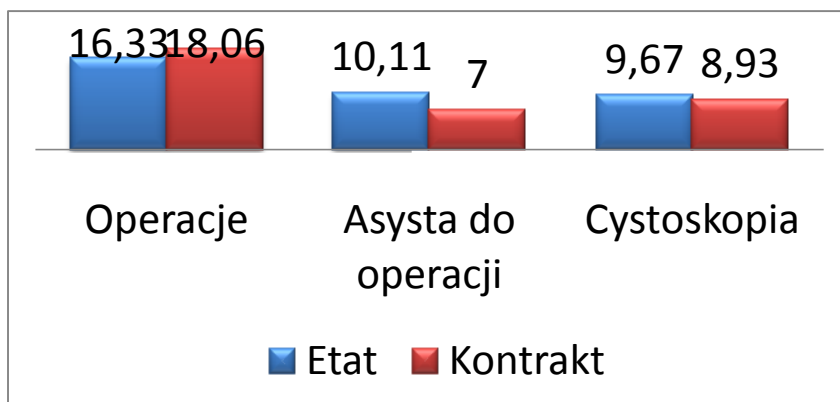


Źródło: opracowanie własne.

Analiza – Oddział Urologiczny (średnia miesięczna na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

Operacje / Etat	16,33
Operacje / Kontrakt	18,06
Asysta do operacji / Etat	10,11
Asysta do operacji / Kontrakt	7,00
Cystoskopia / Etat	9,67
Cystoskopia / Kontrakt	8,93

Wykres 7. Oddział Urologiczny (średnia miesięczna ilość zabiegów operacyjnych, asyst do zabiegów oraz cystoskopii na 1 lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

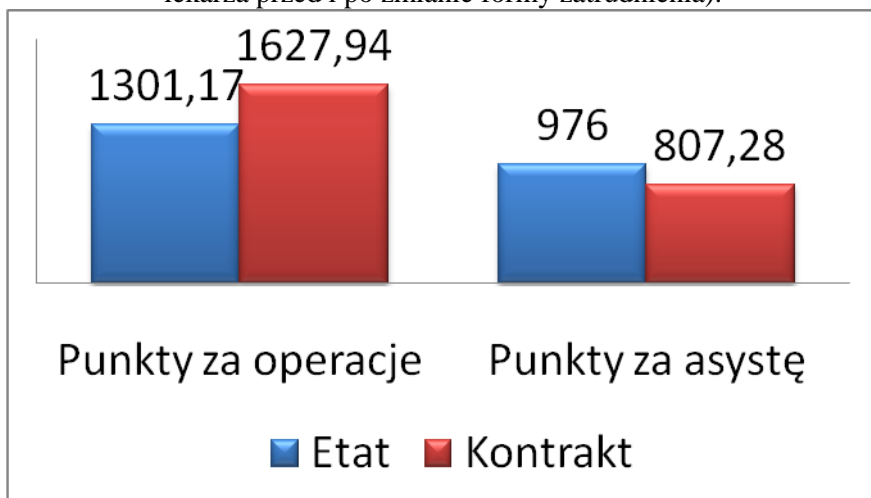


Źródło: opracowanie własne.

Punkty NFZ za:

Operacje / Etat	1301,17
Operacje / Kontrakt	1627,94
Asystę / Etat	976,00
Asystę / Kontrakt	807,28

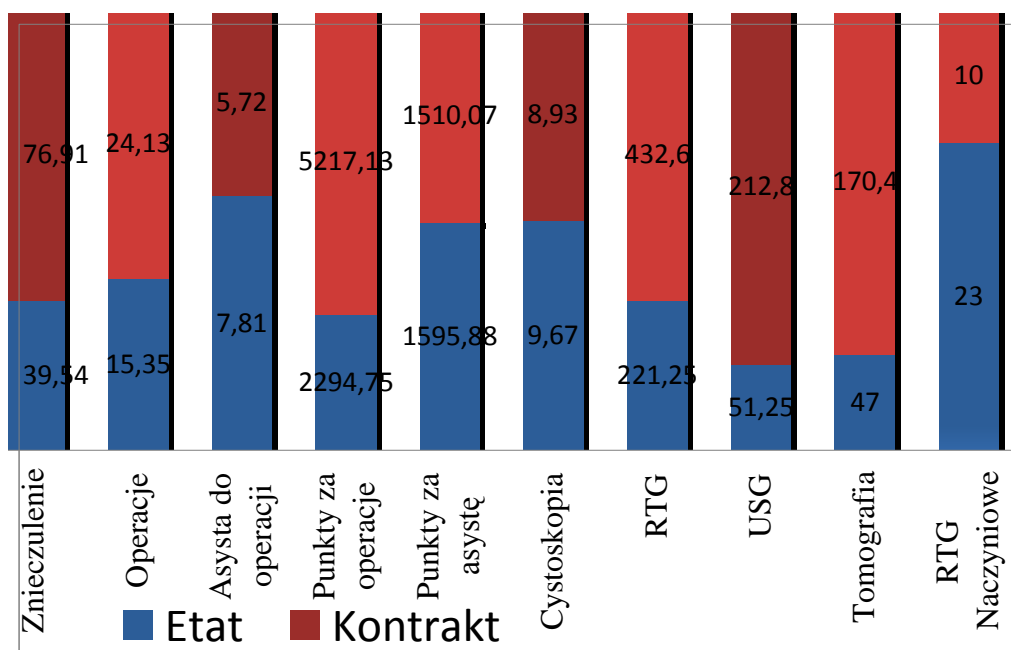
Wykres 8. Oddział Urologiczny (średnia miesięczna ilość punktów z zabiegów operacyjnych i asyst do zabiegów rozliczanych według klasyfikacji NFZ na 1 lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).



Źródło: opracowanie własne.

Analiza – (średnia miesięczna na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia).

Wykres 9. Ujęcie ilościowe procedur i punktów według klasyfikacji NFZ (miesięczne) na etat lekarza przed i po zmianie formy zatrudnienia.



Źródło: opracowanie własne.

Do realizacji celów badań wykorzystano następujące metody i narzędzia badawcze:

- metody statystyczne tj. test t-Studenta oraz Chi-kwadrat Pearsona
- narzędzia badawcze: ankiety

Przeprowadzone badania i wyniki ankiet wykazały następujące zmiany:

Oddział	Liczba operacji / zabiegów w kontrakt	Liczba wykonanych punktów wg NFZ/ Kontrakt	Liczba asyst do operacji/ Kontrakt	Uprzejmość lekarza dla pacjenta/ Kontrakt	Czas poświęcony przez lekarza pacjentowi/ Kontrakt	Informacja lekarska o chorobie dla pacjenta/ Kontrakt	Dostępność lekarza dla pacjenta/ Kontrakt	Dostępność Ordynatora/ Kontrakt
GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	Wzrost	Wzrost						
OIT	Wzrost			Większa	Więcej	Więcej	Większa	
ORTOPEDYCZNY	Wzrost	Wzrost	Spadek	Większa	Więcej	Więcej	Większa	Lepiej
UROLOGICZNY			Spadek			Więcej		Lepiej
RTG	Wzrost	Wzrost	Nie badano	Nie badano	Nie badano	Nie badano	Nie badano	Nie badano

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ilościowych i jakościowych (ankiety).

Wnioski

1. Przejście na kontrakty najbardziej dało się odczuć na Oddziale Urazowo - Ortopedycznym – w przypadku obiektywnych mierników (liczba operacji, punkty, asysta) i subiektywnych (opinie pacjentów) mierników odnotowano statystycznie istotne różnice
2. W Oddziale Ginekologiczno - Położniczym społeczny odbiór zmiany formy zatrudnienia lekarzy na inny rodzaj zatrudnienia został niezauważony (żadnych różnic w wypowiedzi pacjentów).
3. Wydajność pracy lekarzy na kontraktach wzrasta (wzrost liczby operacji i ich punktacji), nie wpływa to jednak negatywnie na relacje pacjent - lekarz (pochlebne opinie o uprzejmości, lekarzy, ich czasu dla pacjenta, dostępności, udzielaniu informacji o chorobie, dostępności ordynatora).

Podsumowując można zauważyć, że system zatrudnienia lekarzy w oparciu o kontrakty w każdym z badanych przypadków pozytywnie wpływa na efektywność pracy lekarzy, bez pogorszenia jej jakości. W niektórych przypadkach zaobserwowano również wzrost jakości udzielanych świadczeń co zostało zbadane poprzez ocenę satysfakcji pacjenta w ankietach, co może okazać się bardzo przydatne w obecnych problemach kadrowych publicznych placówek medycznych w Polsce.

Evaluation of remuneration forms of healthcare employees in Poland

Summary

Remuneration system in public healthcare institutions has been criticized for more than ten years, which is the reason for feeling underestimated and undervalued in terms of pay, and consequently a characteristic frustration of the employees in this sphere. This article discusses briefly the issue of complexity of factors which condition the activity and functioning of the mechanisms occurring in healthcare in the past, which allowed to illustrate the essence of the problem of remuneration in present times. The rules of the employee pay grade category as well as the dynamics of changes in pays and the factors influencing this issue in the 50s, 70s, 80s, 90s until the first decade of 2000, have been briefly described.

This outline leads to the conclusion – what remuneration relations are, what determines the objectivity and motivation of remuneration at present. This subject matter is a simple contribution to the discussion of a currently introduced salary system, i. e. a piece work employment (procedural). On the example of the research carried out in two healthcare institutions the author proves that this is the most beneficial system of employment for both sides – the employee (doctor) and the employer (Independent Public Healthcare Institution), bringing benefits and income to the interested sides.

Literatura

- Borkowska S., *Strategie wynagradzania*, Kraków 2001.
- Czajka Z., *Mechanizmy wynagradzania w publicznej służbie zdrowia*, IPiSS, Warszawa 2004
- Fedorowski J., Niżankowski R., *Ekonomika medycyny*, Warszawa 2002.
- Głowacka M. D., *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Poznań 2004.
- Golinowska S. i In., *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Opracowania PBZ, Warszawa 2007.
- Golinowska S., Kozierekiewicz A., Sowada Ch., *Pożądanie kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem i racjonalizacją*, CASE, Warszawa 2004.
- Golinowska S., *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia oraz nierówności w zdrowiu*, Warszawa 2007.
- Kuszeński K., Gericke Ch., *Systemy ochrony zdrowia w okresie transformacji*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2005.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne. Ochrona zdrowia w gospodarce rynkowej*, CeDeWu Sp. z o.o., Warszawa 2004.
- Med-Info, Raport. Rynek Medycyny w Polsce 2008.
- Ryć K., Skrzypczak Z., *Ochrona zdrowia i gospodarka. Sektor publiczny a rynek*, Warszawa 2007.
- Ryć K., Skrzypczak Z., *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Warszawa 2008.
- Wieczorkowska G., Wierziński J., *Statystyka analiza badań społecznych*, Warszawa 2007
- Zimna T., *Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa 2007.
- Health Consumer Powerhouse, Euro Health Consumer Index (EHCI) 2007, www.healthpowerhouse.com
- Główny Urząd Statystyczny: *BDR.: Dane dla jednostki podziału terytorialnego* [online].[dostępny 15.07.2010]. Dostępny w:http://www.stat.gov.pl/bdr_n/app/dane_cechter.nowe_okno?p_zest_id=877756&p_ty...
- Samorząd Województwa Podkarpackiego: *Zakłady opieki zdrowotnej*[online].[dostępny 14.07.2010]. Dostępny w:<http://www.si.podkarpackie.pl/Zdrowie/K2/index.aspx>
- Narodowy Fundusz Zdrowia: *BIP – Finanse NFZ* [online].[dostępny 15.07.2010]. Dostępny w:<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=10>
- Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców: Raport: *Ilość Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz wchodzących w ich skład placówek i komórek organizacyjnych* [online].[dostępny 14.07.2010]. Dostępny w: <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty/raporty.do?rap=ilozostrogr18.html>
- Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców: Raport: *Łóżka – nasylenie na dzień 2010-07-14 w województwie podkarpackim* [online].[dostępny 14.07.2010]. Dostępny

w:<http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty/raporty.do?rap=ilozlstacz18.html>

Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców: Raport: *Liczba placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki na dzień 2010-07-14 w kraju* [online].[dostępny 14.07.2010]. Dostępny w:

<http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty/raporty.do?rap=ilpozrj.html>

Portal Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców: Raport: *Organizacja i potencjał opieki zdrowotnej* [online].[dostępny 19.07.2010]. Dostępny w:

<http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty/raportOrgDostOpiekaList.do>