

Filar I systemu wartościowania pracy lekarzy

Założenia wstępne

Podstawowe założenia systemu wartościowania pracy lekarzy w Filarze I są następujące:

- a) **Określa się pożądany poziom wynagrodzeń lekarzy w skali roku jako krotność wartości Produktu Krajowego Brutto, na rok na obywatela, przy założeniu wykonywania pracy, w uznawanym za normalny dla tej grupy zawodowej wymiarze czasu pracy.**

Postulowany poziom wynagrodzeń lekarzy odnoszony jest do wielkości Produktu Krajowego Brutto (PKB), tym samym osadzony jest silnie w realiach ekonomicznych naszego kraju.

Jednocześnie przytaczane dane statystyczne, na których opierają się porównania międzynarodowe zastosowane w tym opracowaniu, dotyczą **wszystkich rejestrowanych wynagrodzeń lekarzy**. Dostępne źródła literaturowe wskazują, że średni czas pracy lekarzy w takich krajach jak Niemcy, Wielka Brytania czy Stany Zjednoczone wynosi 55 i więcej godzin tygodniowo.⁴

Stąd określenia „normalny wymiar czasu pracy” nie należy traktować jako wymiar kodeksowy, ale jednocześnie ważny jest umiar w określaniu obciążenia pracą, w tym tego obciążenia liczonego w godzinach pracy.

- b) **Przedstawiany jest pożądany poziom wynagrodzeń lekarzy w 4 grupach wiekowych, niezależnie od indywidualnych kwalifikacji i kompetencji.**

Ze względu na wielowymiarowość pojęcia kwalifikacji i kompetencji, na tym etapie nie proponuje się żadnych dodatkowych zróżnicowań poziomów wynagrodzeń pobieranych przez lekarzy w podobnym wieku. Przedstawiane poziomy wynagrodzeń należy traktować jako poziomy **średnie**, od których możliwe są nawet znaczne odchylenia w górę lub w dół.

Wszelkie porównania międzynarodowe wykonywane były w stosunku do szeroko pojętej kategorii lekarzy ogólnych, która to kategoria w różnych krajach charakteryzuje się różnymi cechami. W szczególności lekarze ogólni pełnią funkcję lekarzy rodzinnych (GP w Wielkiej Brytanii), lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (*generaliste* we Francji), lecz mogą także rozciągać swoje kompetencje na dziedziny, które w Polsce przypisane są niektórym specjalistom pracującym w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (jak w Niemczech).

Wszelkie różnice wynagrodzeń wynikające z różnic w zakresie specjalizacji są pochodną i winny powstać w drodze konsensusu środowiska, w praktyce zaś będą wynikiem równoczesnego zastosowania Filaru II systemu wartościowania pracy lekarzy.

Niższe wartości wynagrodzeń średnich, lekarzy w najstarszej grupie wiekowej, nie wynikają z obniżenia ich stawek wynagrodzeń, lecz ze statystycznie mniejszej średniej liczby przepracowanych godzin w tej grupie lekarzy.

c) Przedstawiany jest pożądaný poziom wynagrodzeń, niezależnie od formy wykonywania pracy; jako praca najemna (stosunek pracy), czy praca na własny rachunek (praktyka indywidualna).

Ze względu na obowiązujący w Polsce system naliczania składek na zabezpieczenie społeczne (ubezpieczenie społeczne oraz zdrowotne), osoby prowadzące indywidualne (i grupowe) praktyki lekarskie mają większą swobodę w określaniu poziomu płaconych przez siebie składek. Z punktu widzenia pracobiorcy (osoby prowadzącej praktykę) objawia się to wypłatami wyższych kwot wynagrodzeń netto, jednakże odbywa się poprzez ograniczenie zabezpieczenia społecznego, czyli poziomu potencjalnych wypłat w razie czasowej lub trwałej niezdolności do pracy oraz emerytur. Dlatego istotne jest posługiwanie się jednakowymi kryteriami wynagrodzeń, niezależnie od formy wykonywania pracy, co jest stosowane w niniejszym opracowaniu.

Pożądaný poziom wynagrodzeń lekarzy w Polsce w stosunku do wskaźników otoczenia

Poziom wynagrodzeń lekarzy w poszczególnych krajach świata zależny jest od różnych czynników, wśród których należy wymienić w szczególności następujące:

- poziom rozwoju ekonomicznego kraju,
- sposób organizacji opieki zdrowotnej; proporcje roli i wielkości sektora prywatnego i publicznego,
- siła mechanizmów kontroli kosztów w systemie,
- siła i rola środowiska medycznego w proporcji do siły i roli innych środowisk zawodowych.

Szczegółowa analiza wielkości wynagrodzeń lekarzy w stosunku do wartości poszczególnych wskaźników otoczenia przedstawiona została w rozdziale 1.

Poziom wynagrodzeń poszczególnych grup lekarzy znacznie się od siebie różni w poszczególnych krajach, co z kolei jest wyrazem:

- istnienia lub nieistnienia świadomej polityki wynagradzania lekarzy w danym kraju,
- selektywnego popytu na usługi poszczególnych grup lekarzy,
- siły lobby poszczególnych grup/kategorii specjalistycznych lekarzy,
- zmian w technologiach medycznych, a co za tym idzie – selektywnego wzrostu efektywności pracy poszczególnych grup lekarzy.

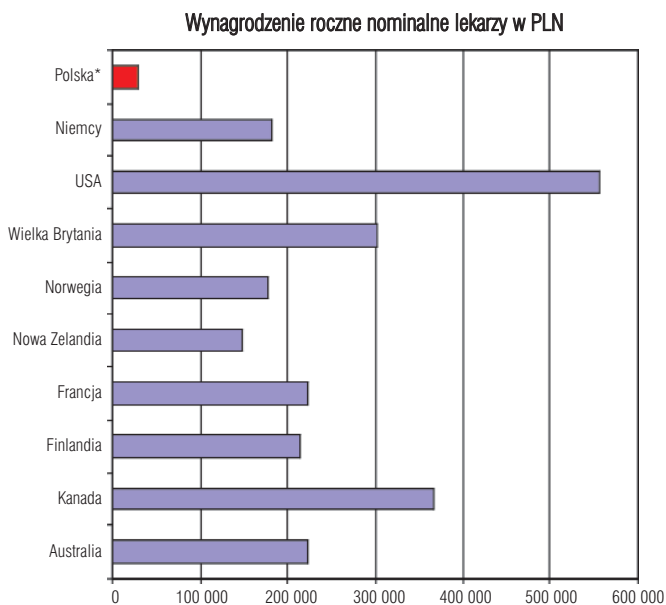
Dlatego porównania przedstawiane dotychczas dotyczą kategorii zawodowej *lekarza ogólnego*, co może być wąskim pojęciem w sensie specjalności medycznej (jak w Wielkiej Brytanii), lub szerszym pojęciem odnoszonym do lekarzy pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (jak w przypadku Francji).

W dalszych analizach i propozycjach, odnoszenia czynione są zatem także do kategorii lekarza ogólnego. Odrębnego omówienia wymaga relacja między wynagrodzeniem lekarza ogólnego w stosunku do lekarzy innych specjalności, co zostało wykonane w tym materiale.

Pożądana wielkość wynagrodzeń lekarzy w stosunku do PKB

Zakłada się, że wielkość wynagrodzeń lekarzy powinna być odnoszona do zamożności kraju. Założenie takie powoduje co prawda, że ignorujemy przepaść między nominalnymi wielkościami zarobków osiąganych przez lekarzy w poszczególnych krajach, lecz jednocześnie potencjalne postulaty formułowane na podstawie niniejszego opracowania mają oparcie w rzeczywistości i nie mogą być odrzucane jako nieprzystające do realiów naszego kraju.

Poniższy wykres przedstawia różnice nominalnych wynagrodzeń, jakie występują w Polsce i porównywanym krajach. Decyzje o wyjeździe na stałe lub na określony czas za granicę, jakie podejmowane są w środowisku lekarzy, warunkowane są właśnie tymi różnicami. Zatem rozważając, w dyskusji na temat poziomu wynagrodzeń lekarzy w Polsce, argument zagrożenia emigracją, należy mieć w pamięci wielkości przedstawione na rys. 22.

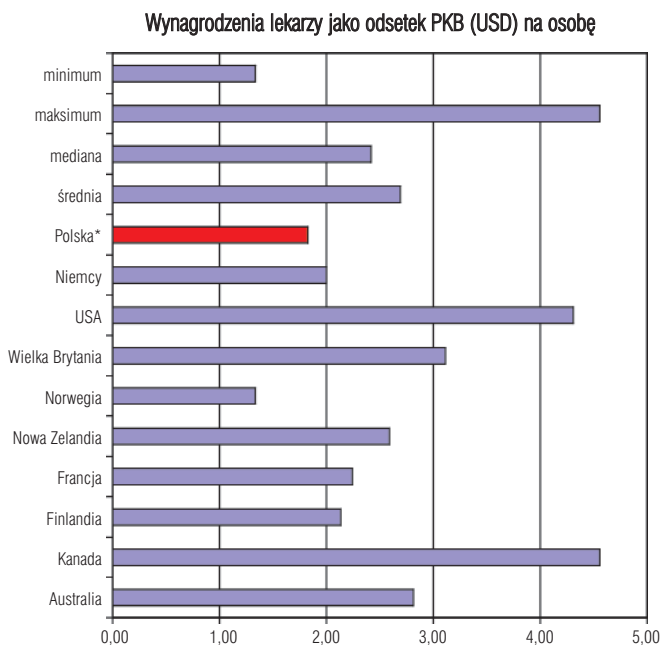


Rysunek 22. Poziom wynagrodzeń rocznych lekarzy w wartościach nominalnych, wyrażony w PLN

Jeśli jednak starać się odnieść poziom wynagrodzeń lekarzy do otoczenia ekonomicznego kraju, najbardziej adekwatne wydaje się porównanie wielkości PKB na obywatela w ciągu roku w danym kraju z wysokością zarobków lekarzy.

Na rys. 23. przedstawiono relacje, jakie zachodzą w poszczególnych krajach pomiędzy wielkością PKB na osobę a wynagrodzeniami lekarzy w tych krajach w ciągu roku. PKB jest tutaj potraktowany jako syntetyczny miernik potencjału ekonomicznego kraju, a zatem opisuje otoczenie ekonomiczne pracy i życia wszystkich grup zawodowych, w tym lekarzy.

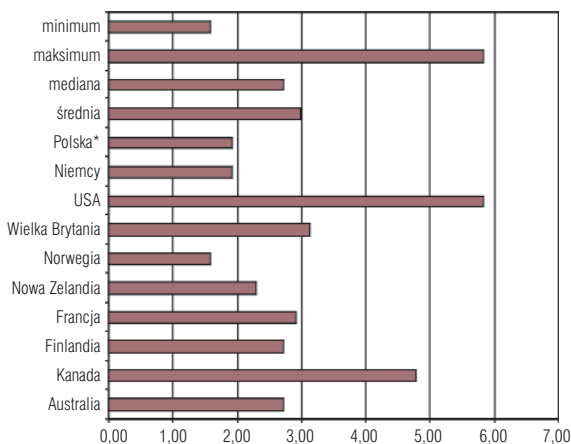
Jak widać na rys. 23., roczne wynagrodzenie lekarza w Polsce stawi około 1,8 wielkości PKB na obywatela w naszym kraju. Jest to wielkość wyższa jedynie od tej występującej w Norwegii. Norwegia jest krajem należącym do tych z najwyższym PKB na obywatela w Europie, jednocześnie z silnie regulowanym publicznym (narodowym) systemem ochrony zdrowia. Warto zaznaczyć, że od kilku lat istnieje duży problem z kadrami lekarskimi w Norwegii, co może być pośrednio związane z faktem relatywnie niskich zarobków lekarzy w tym kraju.



Rysunek 23. Wynagrodzenia roczne lekarzy ogólnych jako krotność wielkości PKB na obywatela poszczególnych krajów

W stosunku do pozostałych krajów, wynagrodzenia lekarzy w Polsce pozostają na zdecydowanie niższych poziomach. W stosunku do średniej relacji wynagrodzeń lekarzy do PKB w wybranych krajach, stanowiącej 2,7, jest to zdecydowana różnica na niekorzyść lekarzy polskich.

Stosunek wynagrodzenia lekarza poz do średniego wynagrodzenia pracownika



Rysunek 24. Relacja wynagrodzeń lekarza poz do średniego wynagrodzenia pracownika

Z kolejnego wykresu (rys. 24.) wynika, że relacja średniego wynagrodzenia lekarza w Polsce do średniego wynagrodzenia pracownika wynosi 1,91, podczas gdy w innych krajach jest ona z reguły znacznie wyższa. Średnia wartość stosunku wynagrodzeń lekarza do średniego wynagrodzenia pracownika wynosi 2,98 a mediana 2,71.

Z powyższych zestawień można wyciągnąć następujące wnioski:

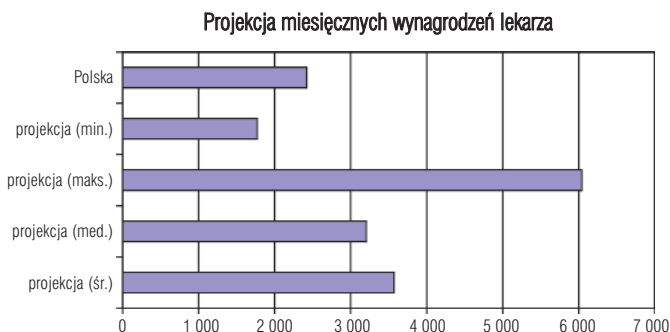
– **obecny poziom wynagrodzeń lekarzy w Polsce znacznie odbiega od poziomów krajów rozwiniętych, co może być silnym impulsem emigracyjnym dla tych lekarzy, a na pewno jest na co dzień silnym powodem do frustracji,**

– **poziom ten odbiega na niekorzyść nie tylko do wielkości nominalnych wynagrodzeń lekarzy w innych krajach, ale również od wielkości relatywnych; odniesionych do PKB. Przy niskim PKB w naszym kraju i znacznym zróżnicowaniu dochodów poszczególnych grup społecznych, pozycja finansowa lekarzy polskich jest szczególnie niekorzystna,**

– **obecny poziom wynagrodzeń lekarzy w Polsce w stosunku do wynagrodzeń innych pracowników znacznie odbiega na niekorzyść od podobnych relacji w innych krajach, co może być silnym impulsem do porzucania zawodu lub niewybieierania tego zawodu przez młodych ludzi, a na co dzień jest powodem do frustracji.**

Proponowane zmiany w polityce zdrowotnej winny iść w kierunku podwyższenia pozycji zawodowej i ekonomicznej polskich lekarzy, w przeciwnym wypadku bowiem integracja europejska i globalizacja, oraz konkurencja z innych sektorów gospodarki spowoduje w niedługim czasie odpływ lekarzy z zawodu i kraju.

Jeśliby za punkt odniesienia przyjąć wielkości wynagrodzeń lekarzy w innych krajach w stosunku do PKB tych krajów, wynagrodzenia lekarzy polskich jawią się, jak przedstawiono na rys. 25.



Rysunek 25. Projekcja poziomu wynagrodzeń miesięcznych lekarzy w Polsce, z uwzględnieniem relacji do PKB, w wersji minimalnej (najniższej obserwowanej), maksymalnej (najwyższej obserwowanej), średniej i mediany.

Tabela 1. Projekcja poziomu wynagrodzeń miesięcznych lekarzy w Polsce, z uwzględnieniem relacji do PKB, w wersji minimalnej (najniższej obserwowanej), maksymalnej (najwyższej obserwowanej), średniej i mediany

	PLN/rok	PLN/miesiąc
projekcja (śr.)	42 830	3 569
projekcja (med.)	38 450	3 204
projekcja (maks.)	72 493	6 041
projekcja (min.)	21 224	1 769
Polska	29 064	2 422

Postulowane wielkości wynagrodzeń lekarzy polskich w najskromniejszym wariacie, w pełni uwzględniającym sytuację ekonomiczną naszego kraju i w pełni akceptującym realia ekonomiczne, winny oscylować wokół wartości średnich obserwowanych wśród porównywanych krajów.

Wartości minimalne, obserwowane w Norwegii wydają się nieadekwatne do wysiłku zawodowego grupy zawodowej lekarzy w stosunku do pozostałych grup zawodowych. Wartości maksymalne, określone przez poziom wynagrodzeń lekarzy amerykańskich są niezwykle atrakcyjne, ale można przyjąć, że niemożliwe w rozsądnym czasie do osiągnięcia. Wartości wynagrodzeń lekarzy amerykańskich odbiegają od wynagrodzeń lekarzy w pozostałych krajach rozwiniętych; tak w przypadku wartości nominalnych, jak i w stosunku do PKB.

Zasadne wydaje się przyjęcie wartości średniej wielkości relacji rocznych wynagrodzeń lekarzy do wartości rocznej PKB w obserwowanych krajach. Uzasadnienie przyjęcia średniej jako punktu odniesienia dla kształtowania wynagrodzeń lekarzy polskich jest następujące:

- średnia wartość wynagrodzeń lekarzy do wielkości PKB na obywatela bierze w pełni pod uwagę zróżnicowanie poziomu rozwoju ekonomicznego i zamożności poszczególnych krajów; nie jest w żadnej mierze życzeniowym żądaniem zrównania poziomu wynagrodzeń lekarzy polskich z tak wyliczonymi średnimi obserwowanymi w innych krajach,
- średnia wartość wynagrodzeń lekarzy do wielkości PKB na obywatela jest mniejsza od średniej wartości stosunku wynagrodzeń lekarzy do innych pracowników w poszczególnych obserwowanych krajach, co dobitnie wskazuje na stonowanie w formułowaniu niniejszego postulatu,
- kraje wybrane do niniejszej analizy nie są grupą reprezentatywną krajów świata w sensie statystycznym, jest to natomiast grupa reprezentatywna w sensie logicznym, ponieważ grupuje kraje, w których działają wszystkie podstawowe modele finansowania ochrony zdrowia; system bismarckowski (ubezpieczeń zdrowotnych) – Niemcy i Francja, system narodowej służby zdrowia w wydaniu państwowym (Wielka Brytania) oraz samorządowym (Finlandia) oraz system liberalny (USA). Dlatego można powiedzieć, że niniejsza analiza ukazuje poziomy wynagrodzeń lekarzy w kontekście różnych systemów organizacji i finansowania ochrony zdrowia i z tego powodu nie nastąpiło przechylenie równowagi w żadną ze stron,
- średnia wartość wynagrodzeń w stosunku do wielkości PKB na obywatela mówi o roli i pozycji, jaką zajmuje środowisko lekarskie w danym kraju. W sytuacji Polski, w której wielkość wynagrodzeń lekarzy do PKB na obywatela jest o 40% niższa niż średnia międzynarodowa (wybranych krajów), można mówić o dyskryminacji tego środowiska w stosunku do innych grup społecznych.

Podsumowując, proponuje się określenie postulowanej średniej wysokości wynagrodzeń lekarzy (ogólnych), jako 2,7-krotność wielkości PKB na obywatela w naszym kraju, co w roku 1999 stanowiło około 3 569 złotych miesięcznie, 42 830 złotych rocznie.

Kwota ta jest proponowanym średnim wynagrodzeniem w grupie zawodowej lekarzy ogólnych, niezależnie od:

- wieku, a tym samym stażu pracy,
- płci,
- faktycznego czasu pracy (o ile jest to czas pracy co najmniej w wymiarze odpowiadającym pełnemu etatowi),
- miejsca i formy zatrudnienia (wykonywania pracy),

- formalnych lub faktycznych kwalifikacji,
- popularności i osobistej renomy zawodowej.

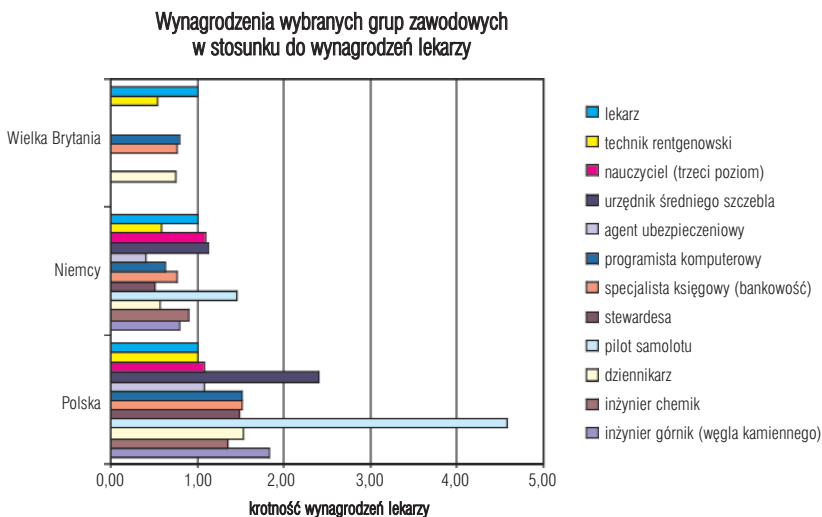
Wszystkie z powyższych czynników mogą jednocześnie wpływać na różnicowanie rzeczywistych wynagrodzeń danego lekarza od średniej wielkości podanej powyżej.

Należy przyjąć, iż im bardziej liberalne stosunki ekonomiczne występują w systemie, tym większe mogą być różnice wysokości rzeczywistych wynagrodzeń poszczególnych osób. I odwrotnie, im wyższy poziom regulacji, tym te różnicowania mogą być mniejsze.

Pożądana wielkość wynagrodzeń lekarzy na tle wynagrodzeń innych grup zawodowych

Wysokość zarobków poszczególnych grup zawodowych w porównywanych krajach pozostaje w relacji do wysokości Produktu Krajowego Brutto tych krajów. Z punktu widzenia grupy zawodowej lekarzy interesujące jest natomiast, jak kształtują się wynagrodzenia tej grupy zawodowej do innych porównywalnych grup zawodowych.

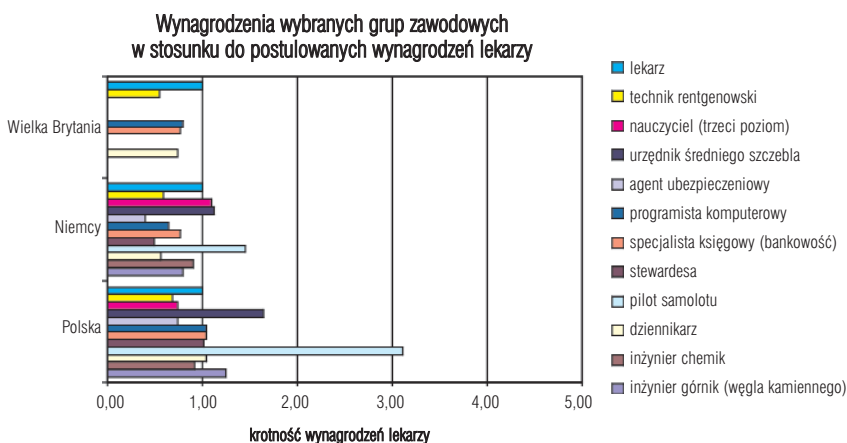
Na rys. 26. przedstawiono relacje, jakie zachodzą aktualnie w wynagrodzeniach lekarzy w stosunku do wynagrodzeń innych nierobotniczych grup zawodowych. Wartości te wskazują na usytuowanie lekarzy w rankingach zarobków w poszczególnych krajach.



Rysunek 26. Krotność wynagrodzeń wybranych grup zawodowych do wynagrodzeń lekarzy w wybranych krajach w roku 2000 (Polska 1999) (źródło: Jacukowicz Z. *Album wynagrodzeń w krajach UE i w Polsce*, IPiSS, Warszawa 2002 [na podst. GUS] str. 37–38)

Z zestawienia wynika, że o ile wynagrodzenia lekarzy do wymienionych grup zawodowych w Polsce w najlepszym razie są równe (stosunek równy 1), o tyle w takich krajach, jak Niemcy i Wielka Brytania są zdecydowanie wyższe, często osiągając poziom dwukrotnie wyższy (stosunek równy 2). Z punktu widzenia grupy zawodowej lekarzy w Polsce jest to zatem bardzo niekorzystna sytuacja i należy ją uznać za nienaturalną.

Rys. 27. przedstawia podobne relacje odniesione do kwoty wynagrodzeń postulowanych, przedstawionej wyżej.



Rysunek 27. Krotność wynagrodzeń wybranych grup zawodowych do wynagrodzeń lekarzy w wybranych krajach przy założeniu osiągnięcia przez lekarzy polskich wartości wynagrodzeń postulowanych, za rok 2000 (źródło: obliczenia własne oraz Jacukowicz Z. *Album wynagrodzeń w krajach UE i w Polsce*, IPISS, Warszawa 2002 [na podst. GUS] str. 37–38)

Jak wynika z przedstawionego wykresu, po osiągnięciu poziomu wynagrodzeń postulowanych przez grupę zawodową lekarzy, dysproporcje relatywnych wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych w porównywanych krajach uległy częściowej redukcji. W dalszym ciągu wynagrodzenia lekarzy w stosunku do innych grup zawodowych w Polsce pozostawałyby niższe niż ich kolegów z innych krajów.

Zestawienie to potwierdza, iż postulowane poziomy wynagrodzeń lekarzy polskich są w dalszym ciągu skromne i w żaden sposób nie mogą być traktowane jako przesadne, nawet jeśli wziąć pod uwagę surowe uwarunkowania ekonomiczne naszego kraju.

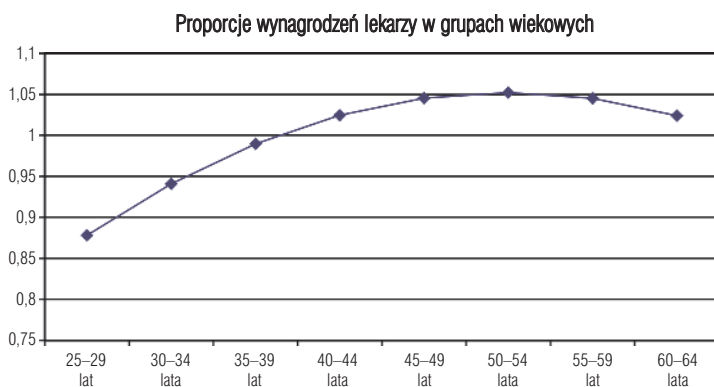
Średnie wynagrodzenia lekarzy w czterech grupach stażu pracy

Grupa zawodowa lekarzy należy do tej kategorii, w której nabywanie kompetencji jest generalnie skorelowane ze stażem zawodowym, przy uwzględnieniu wszystkich osobniczych różnic, występujących między poszczególnymi reprezentantami tego zawodu.

W opracowaniach międzynarodowych podejście do zróżnicowania wynagrodzeń lekarzy wraz z wiekiem, a tym samym stażem zawodowym, traktowane jest zasadniczo w dwojaki sposób:

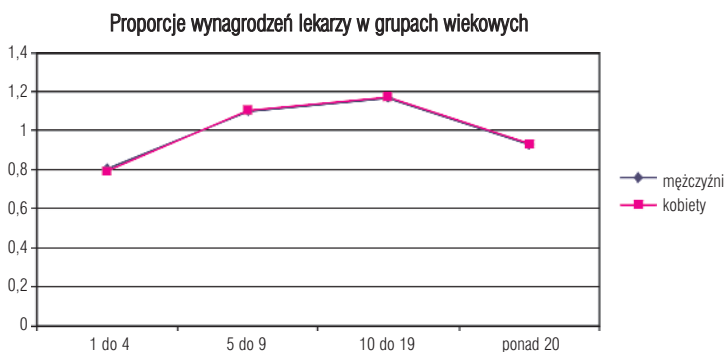
- poprzez budowanie modeli wartościowania pracy lekarzy w założonym czasie (np. roku), które oparte jest na takich filarach, jak wzrastająca z czasem kompetencja i biegłość w wykonywaniu zawodu, spadająca liczba godzin pracy, szczególnie występująca w ostatniej dekadzie pracy zawodowej, wzrost liczby dni urlopu/zwolnień chorobowych w ostatniej dekadzie pracy zawodowej, szczyt kompetencji zawodowej z zachowaną innowacyjnością, jaki występuje na przełomie 40–50 lat życia. Wartościowanie to jest wykonywane poprzez wielokrotne iteracje w technice *person-trade-off* wykonywane na grupach profesjonalistów wywodzących się ze środowiska medycznego;⁵
- poprzez obserwację rzeczywistych dochodów lekarzy. Ocenianie wartości pracy lekarskiej wg rzeczywistości osiągniętych dochodów zasadne jest w systemach liberalnych (np. w USA), w których nie istnieją aprioryczne założenia, związane z poziomem wynagrodzeń i nie istnieje jednolita polityka kształtowania wynagrodzeń lekarzy, która wpływałaby na różnicowanie płac wg wieku.⁶

Dwa wyniki tego typu analiz przedstawiono poniżej. Rys. 28. przedstawia wyniki analizy dotyczące Australii, w której w ramach narodowej służby zdrowia dokonano szacunków wartości pracy lekarzy GP, w zależności od wieku i tym samym stażu zawodowego. Z wykresu wynika, że szczytowe wartości pracy lekarzy GP obserwuje się w wieku 50–54 lat, przy czym w wieku 45–49 i 55–59 lat wartości te są bardzo zbliżone. W wieku 60–64 lat oraz 40–44 lat wartość pracy lekarzy jest na poziomie porównywalnym, nieco niższym niż szczytowe, wartości. Najniższe wartości pracy osiągnęte są przez najmłodsze grupy wiekowe lekarzy w wieku 25–30, 30–34 lata.



Rysunek 28. Proporcje wartości pracy lekarzy GP w Australii, odniesione do średniej, w poszczególnych grupach wiekowych (źródło: Healthcare Management Advisors Pty Ltd, HEALTHCARE MANAGEMENT ADVISORS, Camberra 2000)

Rys. 29, przedstawia z kolei proporcje dochodów osiąganych przez lekarzy amerykańskich w poszczególnych grupach wiekowych do wartości dochodów średnich. Na wykresie przedstawiono proporcje wynagrodzeń lekarzy-kobiet i lekarzy-mężczyzn. Jak wynika z przebiegu krzywej, w obu populacjach proporcje te mają podobny przebieg, mimo znacznej różnicy wartości nominalnych wynagrodzeń kobiet i mężczyzn, które sięgają 25%. Przedstawione wartości stanowią wielkości obserwowane w rzeczywistości i wyrażają relacje występujące na rynku usług medycznych w Stanach Zjednoczonych, który cechuje się szczególnie małą, jak na warunki współczesnych systemów ochrony zdrowia, ingerencją administracji.



Rysunek 29. Proporcje dochodów lekarzy w USA, odniesione do średniej, w poszczególnych grupach wiekowych (źródło: AMA Center for Health Policy Research, Socioeconomic Monitoring System Core Surveys for 1995–1996)

Podobnie, jak w przypadku lekarzy australijskich, najwyższe notowania uzyskują lekarze w średnim wieku, ze stażem pracy od 10 do 19 lat. W przeciwieństwie do lekarzy australijskich, rynek amerykański szybciej obniża wartość pracy lekarzy w wyższych grupach wiekowych (z praktyką ponad 20 lat).

Na podstawie tych doświadczeń sformułowana zostaje propozycja dotycząca poziomów wynagrodzeń lekarzy w Polsce, przy uwzględnieniu różnic wartości pracy w poszczególnych grupach wiekowych.

Podane wartości należy traktować jako wartości średnie w danej grupie wiekowej lekarzy, przy założeniu, że tak jak w całym dokumencie, odnosimy się do pracy lekarzy ogólnych w najszerszym rozumieniu tego słowa. Wartości te wynikają z następujących założeń:

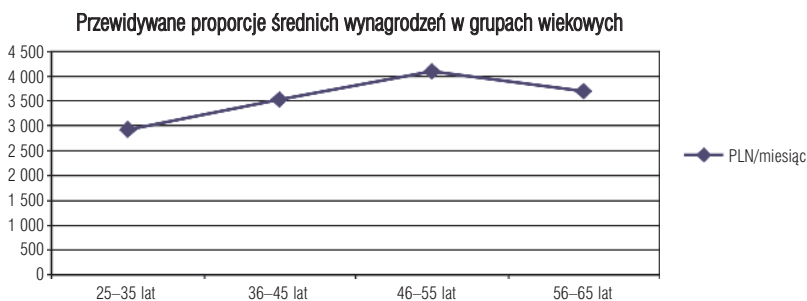
- średnia wielkość wynagrodzeń we wszystkich grupach wiekowych jest także średnią ze średnich wartości występujących w poszczególnych grupach wiekowych,
- czas pracy lekarzy w ciągu ich życia można w najszerszym zakresie określić na 40 lat, gdzie początek następuje w wieku lat 25, a koniec w wieku lat 65,
- okres pracy lekarza w ciągu życia dzielony jest na 4 podokresy, każdy liczący 10 lat,
- wraz z upływem czasu zasadniczo wzrasta kompetencja zawodowa lekarzy, osiągając apogeum w przedziale wiekowym 45–54 lata,

- w ostatniej dekadzie pracy zawodowej zmniejsza się intensywność pracy, określana liczbą przepracowanych godzin.

Jak w innych częściach niniejszego opracowania, podane wielkości wynagrodzeń są wartościami średnimi i mogą w znacznym stopniu odbiegać od wynagrodzeń osiąganych przez poszczególne osoby. W szczególności przewidywane wielkości wynagrodzeń w najstarszej grupie wiekowej wynikają ze **średniego krótszego czasu pracy**, jakie te osoby potencjalnie wykonują, w stosunku do czasu pracy pozostałych grup wiekowych.

Tabela 1. Proporcje wynagrodzeń lekarzy za rok 2000 w grupach wiekowych, w PLN na miesiąc i rok oraz wskaźnik wynagrodzeń do średniej w grupie zawodowej lekarzy, w sytuacji osiągnięcia średniej postulowanej w wysokości 3 569 PLN/miesiąc

Przewidywane proporcje wynagrodzeń postulowanych w grupach wiekowych			
	PLN/rok	PLN/miesiąc	Proporcje
25–35 lat	35 119	2 927	0,82
36–45 lat	42 400	3 533	0,99
46–55 lat	49 252	4 104	1,15
56–65 lat	44 541	3 712	1,04
średnia	42 828	3 569	1



Rysunek 30. Wysokość wynagrodzeń średnich miesięcznych lekarzy w poszczególnych grupach wiekowych w PLN

Niniejsze propozycje służyć mają jako podstawa do analiz i dyskusji na temat poziomów wynagrodzeń lekarzy w Polsce i jako takie winny być poddane dyskusji społecznej.

Bardziej szczegółowe wskaźniki wynagrodzeń, w zależności od osobistego wkładu pracy i kompetencji lekarza, możliwe są do oceny na podstawie systemu przedstawionego w następnym rozdziale i stanowiącego propozycję Filaru II systemu wartościowania lekarzy.