

The logo for NIL (Naczelna Izba Lekarska) consists of the letters 'NIL' in a bold, blue, sans-serif font, enclosed within a blue rectangular border.

Naczelna
Izba Lekarska



Ośrodek Badań
i Analiz
COBIK NIL

Raport badawczy

3XM – diagnoza postaw lekarzy wobec form zatrudnienia i proponowanego modelu wynagrodzeń

Artur Białoszewski

ekspert NRL ds. badań i analiz

20.01.2025 r.

EXECUTIVE SUMMARY

Raport prezentuje końcowe wyniki badania „3XM – diagnoza postaw lekarzy wobec form zatrudnienia i proponowanego modelu wynagrodzeń”, przeprowadzonego przez Ośrodek Badań i Analiz COBIK NIL pod kierownictwem eksperta NRL ds. badań i analiz. Badanie rozpoczęło 8 listopada 2024 roku i zakończono wraz z końcem tego miesiąca. Wzięło w nim udział 7605 lekarzy i lekarek, co czyni je prawdopodobnie największym przedsięwzięciem badawczym w Polsce przeprowadzonym na tak licznej grupie zawodowej. Ze względu na kryteria jakościowe, do dalszej analizy zakwalifikowano 5599 poprawnie wypełnionych ankiet.

Wyniki wskazują, że 64,9% respondentów pozytywnie ocenia pomysł wprowadzenia wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów na poziomie trzykrotności średniej krajowej, wypłacanego w oparciu o umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu. Poglądy dotyczące przejścia na ten model zatrudnienia są jednak zróżnicowane. Po wyłączeniu osób już pracujących na umowę o pracę, 47,7% zadeklarowało gotowość do zmiany, 45,1% zadeklarowało sprzeciw, a 7,3% nie miało sprecyzowanej opinii w tym zakresie.

Respondenci dostrzegają liczne zalety umowy o pracę, takie jak prawo do urlopu, świadczenia pracownicze, stabilność zatrudnienia i uregulowany czas pracy. Z drugiej strony wskazują na obawy związane z ograniczeniem elastyczności, wyższymi obciążeniami podatkowymi i ryzykiem utraty dodatkowych źródeł dochodu.

Jednocześnie większość badanych lekarzy – 61% – sprzeciwia się likwidacji kontraktów w obrębie świadczeń finansowanych przez NFZ, powołując się na potrzebę zachowania elastyczności i stabilności systemu publicznego.

Uzyskane dane pozwalają lepiej zrozumieć oczekiwania i wątpliwości lekarzy wobec planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia, jednocześnie podkreślając konieczność uwzględnienia zarówno korzyści, jak i potencjalnych ograniczeń wynikających z różnych form zatrudnienia.

Metodologia

Badanie zostało przeprowadzone przez Ośrodek Badań i Analiz COBIK NIL pod kierownictwem eksperta NRL ds. badań i analiz. Rozpoczęło się 8 listopada 2024 roku i zakończyło wraz z końcem tego samego miesiąca. Realizację oparto na danych z Centralnego Rejestru Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, co umożliwiło dotarcie do pełnej populacji lekarzy oraz lekarzy dentyistów w Polsce.

Aby zapewnić maksymalną reprezentatywność wyników, do udziału w badaniu zaproszono wszystkich lekarzy zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Lekarzy. Zaproszenia wysłano drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy LimeSurvey, co pozwoliło na szybki i bezpośredni kontakt z respondentami. Sam kwestionariusz został przygotowany przez COBIK NIL i skonfigurowany w LimeSurvey.

Przed właściwym etapem badania przeprowadzono pilotaż kwestionariusza wśród kierownictwa NIL. Na podstawie uzyskanych uwag wprowadzono niezbędne korekty w obszarach dotyczących zrozumiałości pytań, ich kolejności oraz zakresu proponowanych odpowiedzi. Końcowa wersja zawierała pytania m.in. o formy zatrudnienia lekarzy, ocenę proponowanego wynagrodzenia, korzyści i obawy związane z pracą na umowę o pracę, jak również uwarunkowania zawodowe, takie jak miejsce pracy, specjalizacja czy przynależność do izb lekarskich.

Wszystkie działania zostały zrealizowane zgodnie z obowiązującymi standardami etycznymi, przy zachowaniu anonimowości i poufności danych respondentów.

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 7605 lekarzy i lekarek. Ze względu na kryteria jakościowe do dalszej analizy włączono 5599 ankiet. Udział kobiet wyniósł 50,5%, natomiast mężczyzn – 49,5%.

Pod względem struktury wiekowej najliczniej reprezentowani byli lekarze w wieku 30–39 lat (42,2%). Kolejną grupę stanowili respondenci w wieku 40–49 lat (18,7%), następnie 50–59 lat (16,9%) oraz poniżej 30 lat (10,1%). Udział osób w wieku 60–69 lat wyniósł 9,2%, a w wieku 70 lat i więcej – 2,9%.

Największa część badanych (66,2%) miała już ukończoną specjalizację, 22,9% znajdowało się w trakcie specjalizacji, a 3,7% stanowili lekarze bez specjalizacji. Ponadto, wśród lekarzy dentyistów 3,5% nie posiadało specjalizacji, 2,7% miało ukończoną specjalizację, a 0,8% było w trakcie jej realizacji. Udział lekarzy stażystów wyniósł 0,2%, a lekarzy dentyistów stażystów – 0,0%.

W kontekście formy zatrudnienia 44,4% respondentów pracowało na umowę o pracę, 42,8% na kontrakt (umowę cywilnoprawną), zaś pozostałe 12,8% zadeklarowało inne formy.

Najczęstszymi miejscami wykonywania praktyki były szpitale (64,4%) i poradnie (18,5%). Kolejne grupy to osoby prowadzące prywatne gabinety lekarskie (7,0%) lub stomatologiczne (4,6%). W instytucjach badawczych lub akademickich zatrudnionych było 1,7% badanych, natomiast 0,7% pozostawało chwilowo poza zawodem. Inne miejsca pracy wskazało 3,1% respondentów.

W zakresie przynależności do izb lekarskich 20,8% badanych należało do Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, 9,7% do Śląskiej Izby Lekarskiej w Katowicach, 9,3% do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, 8,4% do Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, a 8,0% do Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie. Członkowie pozostałych izb lekarskich stanowili mniejsze grupy, z których każda liczyła mniej niż 7% uczestników.

Wyniki

Na pytanie: „*Jak ocenia Pan/Pani propozycję wprowadzenia wynagrodzenia dla lekarzy specjalistów na poziomie trzech średnich krajowych na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu?*” (n= 5599) uzyskano następujące wyniki:

1. **Bardzo pozytywnie** – odpowiedziło **1706 respondentów**, co stanowi **30,5%** wszystkich udzielonych odpowiedzi.
2. **Raczej pozytywnie** – **1925 osób (34,4%)**
3. **Neutralnie** – odpowiedź tę wybrało **918 respondentów**, czyli **16,4%**.
4. **Raczej negatywnie** – 571 osób (10,2%).
5. **Bardzo negatywnie** – tę opcję wskazało **479 respondentów**, co stanowi **8,6%**.



Podsumowanie: Większość respondentów ocenia propozycję pozytywnie: łącznie 64,9% uczestników badania wybrało odpowiedzi „bardzo pozytywnie” lub „raczej pozytywnie”. Neutralne nastawienie wyraziło 16,4% respondentów, podczas gdy negatywnie propozycję ocenia 18,8% badanych. Wyniki te wskazują na ogólną akceptację idei wprowadzenia wynagrodzenia na poziomie trzech średnich krajowych, choć istnieje istotna grupa osób wyrażających neutralne lub krytyczne stanowisko wobec tej propozycji.

Na pytanie: „Czy zgodzi(a)by się Pan/Pani na przejście na umowę o pracę w zamian za wynagrodzenie na poziomie trzech średnich krajowych?” (n=5599) uzyskano następujące wyniki:

1. **Tak** – 2055 osób (**47,7%** po wyłączeniu odpowiedzi „Nie dotyczy”), co stanowi **36,7%** respondentów, wyraziło chęć przejścia na umowę o pracę.
2. **Nie** – 1943 osób (**45,1%** po wyłączeniu odpowiedzi „Nie dotyczy”), czyli **34,7%** badanych, zadeklarowało brak zgody na taką zmianę.
3. **Nie dotyczy (jestem już zatrudniony/a na umowę o pracę)** – odpowiedziało 1288 respondentów, co stanowi **23%**.
4. **Nie mam zdania** – 313 osób (**7,3%** po wyłączeniu odpowiedzi „Nie dotyczy”), czyli **5,6%**, nie posiada określonego stanowiska w tej kwestii.

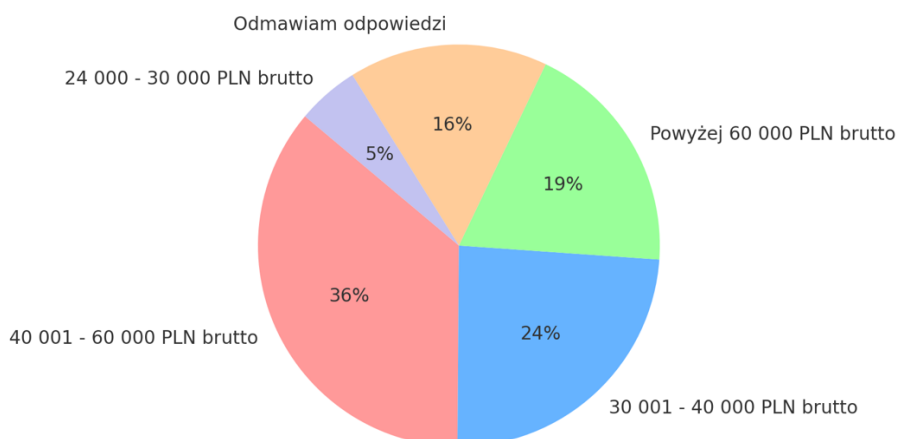


Podsumowanie: Wyniki pokazują, że opinie respondentów na temat przejścia na umowę o pracę są dość podzielone. Po wyłączeniu odpowiedzi „Nie dotyczy” wyniki kształtują się następująco: 47,7% uczestników badania deklaruje gotowość do przejścia na umowę o pracę, natomiast 45,1% nie zgadza się na taką zmianę. Grupa niezdecydowanych stanowi 7,3%. Udział respondentów już zatrudnionych na umowie o pracę (23,0%) jest znaczący, co sugeruje, że preferencje form zatrudnienia należy analizować z uwzględnieniem specyfiki tej grupy.

Na pytanie: „Jaka wysokość wynagrodzenia skłoniłaby Pana/Panią do przejścia z kontraktu na umowę o pracę?” (n=1931) odpowiedzieli jedynie respondenci, którzy zadeklarowali brak zgody na przejście na umowę o pracę lub nie mają sprecyzowanego stanowiska w tej kwestii. Uzyskano następujące wyniki:

1. **40 001 - 60 000 PLN brutto** – 686 osób, co stanowi **36%** respondentów, wskazało, że dopiero taki poziom wynagrodzenia mógłby ich przekonać do zmiany formy zatrudnienia.
2. **30 001 - 40 000 PLN brutto** – 457 osób **24%** zadeklarowało taką wysokość wynagrodzenia jako wystarczającą do przejścia na umowę o pracę.
3. **Powyżej 60 000 PLN brutto** – 372 osób, czyli **19%**, wyraziło potrzebę wyższego wynagrodzenia niż 60 000 PLN brutto.
4. **Odmawiam odpowiedzi** – 316 osób **16%** odmówiło udzielenia odpowiedzi na to pytanie.
5. **24 000 - 30 000 PLN brutto** – tę opcję wybrało 100 osób, co stanowi **5%** wszystkich odpowiedzi.

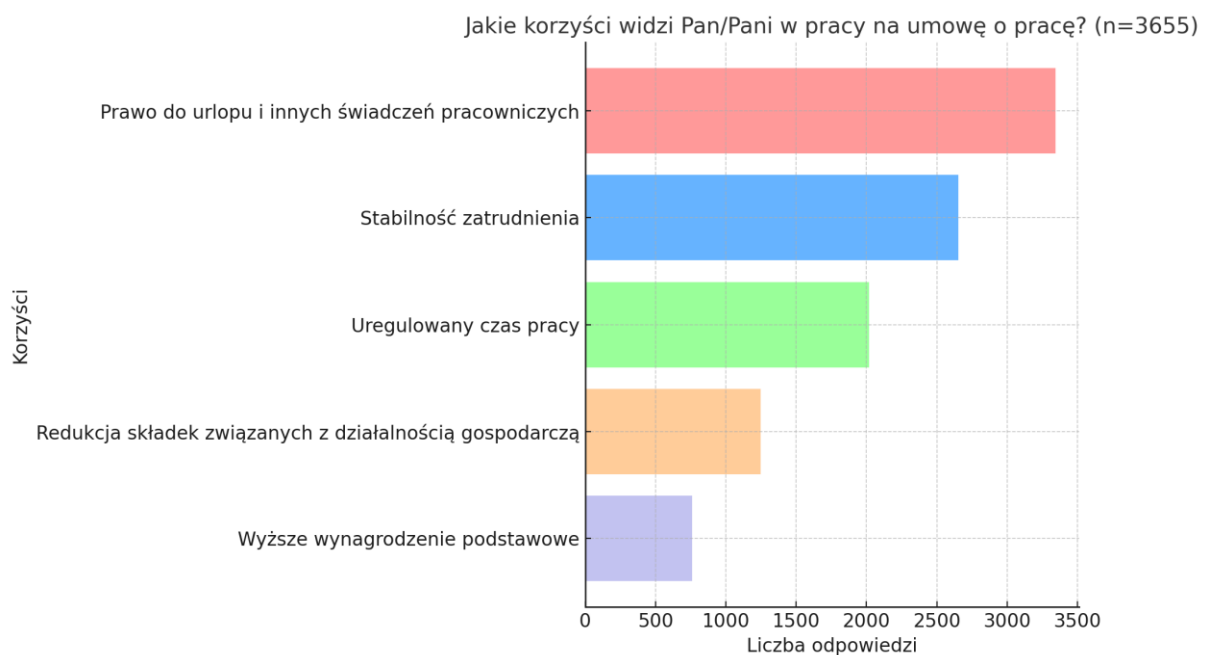
Jaka wysokość wynagrodzenia skłoniłaby do przejścia na umowę o pracę? (n=1931)



Podsumowanie: Wyniki pokazują, że oczekiwania wynagrodzeniowe respondentów są zróżnicowane, jednak większość z nich (60%) oczekuje wynagrodzenia w przedziale 30 001 - 60 000 PLN brutto. Wskazuje to na znaczną różnicę między obecnym poziomem wynagrodzeń a oczekiwaniami finansowymi lekarzy, którzy aktualnie pracują na kontraktach i rozważają zmianę formy zatrudnienia na umowę o pracę.

Na pytanie: „*Jakie korzyści widzi Pan/Pani w pracy na umowę o pracę? (Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*” (n=3655), które było widoczne jedynie dla respondentów wyrażających gotowość do przejścia na umowę o pracę lub nieposiadających w tej kwestii sprecyzowanego stanowiska, uzyskano następujące wyniki:

1. **Prawo do urlopu i innych świadczeń pracowniczych** – 3346 odpowiedzi.
2. **Stabilność zatrudnienia** – 2655 odpowiedzi.
3. **Uregulowany czas pracy** – 2017 odpowiedzi.
4. **Redukcja składek związanych z działalnością gospodarczą** – 1248 odpowiedzi.
5. **Wyższe wynagrodzenie podstawowe** – 761 odpowiedzi.



Odpowiedź inne: jakie?

Analiza jakościowa odpowiedzi otwartych dotyczących korzyści z pracy na umowę o pracę wskazuje, że główne oczekiwania respondentów koncentrują się wokół bezpieczeństwa prawnego i finansowego. Lekarze podkreślają, że umowa o pracę ogranicza ich odpowiedzialność prawną i finansową, na przykład do wysokości trzech pensji, w przypadku roszczeń pacjentów lub błędów medycznych. Wskazywano

również na ochronę socjalną, obejmującą płatne zwolnienia lekarskie, urlopy macierzyńskie i rodzicielskie oraz pewność wypłaty świadczeń. Istotną rolę odgrywa także aspekt zabezpieczenia emerytalnego – respondenci zauważają, że wyższe składki na ubezpieczenie społeczne w systemie ZUS przekładają się na lepsze warunki emerytalne i poczucie pewności finansowej w przyszłości.

W odpowiedziach pojawiły się także kwestie organizacji pracy oraz ciągłości opieki nad pacjentami. Wielu lekarzy dostrzega, że stałe zatrudnienie sprzyja lepszej organizacji pracy zespołowej, redukuje problem „skoczków” pojawiających się tylko na pojedyncze dyżury i zapewnia ciągłość opieki nad pacjentem, co jest korzystne dla jakości leczenia. Kolejnym istotnym obszarem jest równowaga między życiem zawodowym a prywatnym. Lekarze wskazywali, że umowa o pracę daje możliwość krótszego czasu pracy, płatnych zejść po dyżurze oraz więcej czasu dla rodziny.

Dodatkową korzyścią, którą podkreślali respondenci, jest wsparcie w dalszym rozwoju zawodowym. Zauważono, że umowa o pracę może sprzyjać szkoleniom specjalizacyjnym, rozwojowi kompetencji i doskonaleniu zawodowemu przy wsparciu pracodawcy. Podsumowując, lekarze w swoich odpowiedziach otwartych dostrzegają przede wszystkim większe bezpieczeństwo prawne i finansowe, ochronę socjalną oraz emerytalną, lepszą organizację pracy, ciągłość opieki nad pacjentem oraz możliwość zachowania równowagi między pracą a życiem prywatnym.

Podsumowanie:

Wśród korzyści wynikających z pracy na umowę o pracę respondenci najczęściej wskazywali prawo do urlopu i innych świadczeń pracowniczych (3346 odpowiedzi), stabilność zatrudnienia (2655 odpowiedzi) oraz uregulowany czas pracy (2017 odpowiedzi). W dalszej kolejności wymieniano redukcję składek związanych z działalnością gospodarczą (1248 odpowiedzi) oraz wyższe wynagrodzenie podstawowe (761 odpowiedzi).

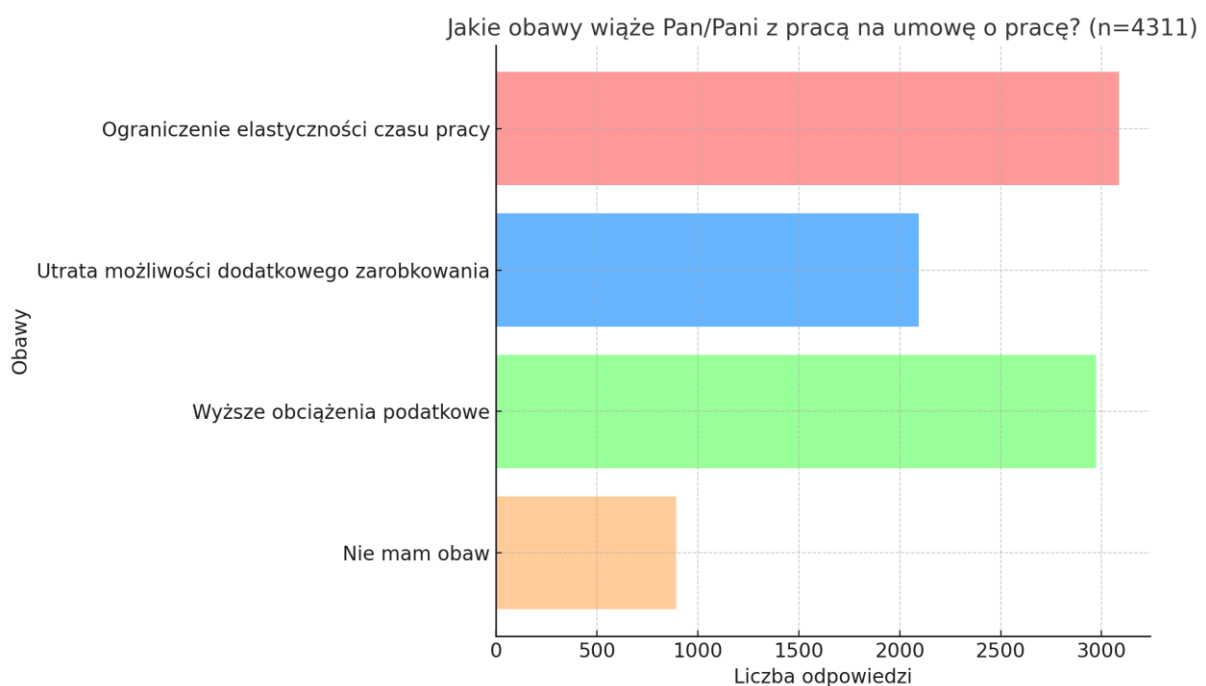
Dodatkowo, 264 odpowiedzi otwarte dostarczyły bardziej szczegółowych informacji na temat oczekiwań lekarzy. Najczęściej wskazywano na bezpieczeństwo prawne i finansowe, obejmujące ograniczenie odpowiedzialności do wysokości trzech pensji oraz ochronę w razie roszczeń pacjentów. Podkreślano również ochronę socjalną, taką

jak płatne zwolnienia lekarskie, urlopy macierzyńskie oraz stabilne składki emerytalne, co przekłada się na wyższą emeryturę i pewność finansową w przyszłości.

Ważnym aspektem okazała się również lepsza organizacja pracy, która sprzyja ciągłości opieki nad pacjentem i poprawie jakości leczenia dzięki stałemu zespołowi lekarzy. Wielu respondentów zwróciło uwagę na możliwość zachowania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym dzięki krótszemu czasowi pracy, płatnym zejściom po dyżurze i większej ilości czasu dla rodziny. Pojawiły się także głosy dotyczące wsparcia rozwoju zawodowego i możliwości szkoleniowych zapewnianych przez pracodawcę.

Na pytanie: „*Jakie obawy wiąże Pan/Pani z pracą na umowę o pracę? (Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*” (n=4311), uzyskano następujące wyniki. Warto podkreślić, że pytanie to było wyświetlane jedynie respondentom, którzy wskazali odpowiedzi inne niż „Nie dotyczy” w pytaniu dotyczącym gotowości do przejścia na umowę o pracę, co oznacza, że analizowane wyniki dotyczą specyficznej grupy respondentów spełniających kryterium przejścia lub wyrażenia obaw wobec zmiany formy zatrudnienia.

1. **Ograniczenie elastyczności czasu pracy** – 3086 odpowiedzi.
2. **Utrata możliwości dodatkowego zarobkowania** – 2094 odpowiedzi.
3. **Wyższe obciążenia podatkowe** – 2974 odpowiedzi.
4. **Nie mam obaw** – 894 odpowiedzi.



Odpowiedź inne: jakie?

W odpowiedziach otwartych na pytanie dotyczące obaw związanych z pracą na umowę o pracę pojawiły się liczne obawy dotyczące różnych aspektów zatrudnienia. Jedną z najczęściej poruszanych kwestii było ryzyko zwiększenia podległości służbowej i formalnej zależności od pracodawcy, co może skutkować narzucaniem dodatkowych obowiązków, oddelegowywaniem do innych oddziałów czy

koniecznością dyżurowania ponad normy. Wiele osób wyraziło obawy przed mobbingiem, nepotyzmem, oraz niekompetencją kierownictwa, które mogą prowadzić do pogorszenia warunków pracy.

Respondenci wskazywali również na ograniczenia wynikające z przepisów kodeksu pracy, takie jak konieczność podporządkowania się poleceniom przełożonych, brak elastyczności w organizacji czasu pracy, a także trudności z negocjowaniem indywidualnych warunków zatrudnienia. Pojawiły się opinie, że wprowadzenie umów o pracę mogłoby prowadzić do obniżenia zarobków netto, głównie z powodu wyższych obciążeń podatkowych i składek ZUS, co w konsekwencji wpłynęłoby negatywnie na standard życia lekarzy.

Wiele osób wyraziło obawy przed koniecznością pracy w warunkach, które mogą być niezgodne z ich kompetencjami lub preferencjami zawodowymi. Zwracano uwagę na możliwe problemy z organizacją pracy w szpitalach, takie jak nierównomierne obciążenie obowiązkami, brak wystarczającego wsparcia w postaci asystentów medycznych czy zły stan techniczny sprzętu. Podkreślano również ryzyko zbyt małej liczby dni urlopowych oraz brak motywacji do podnoszenia jakości pracy na etacie w porównaniu z kontraktem.

Niektórzy respondenci wskazywali na obawy związane z możliwymi zmianami w systemie opieki zdrowotnej, takimi jak brak stabilności finansowej placówek medycznych, co mogłoby prowadzić do tworzenia „śmieciowych” umów na części etatu. Obawiano się także ograniczeń dotyczących możliwości pracy w sektorze prywatnym i realizacji świadczeń na wysokim poziomie. Pojawiły się opinie, że nowe zasady zatrudnienia mogą prowadzić do większej rotacji kadr, wydłużenia kolejek do specjalistów, a także obniżenia jakości usług medycznych.

Podsumowanie:

Najczęściej wskazywaną obawą było ograniczenie elastyczności czasu pracy (3086 odpowiedzi), a niewiele mniej odpowiedzi dotyczyło wyższych obciążeń podatkowych (2974 odpowiedzi). Utrata możliwości dodatkowego zarabkowania została wskazana w 2094 odpowiedziach. Jedynie 894 osoby zadeklarowały brak jakichkolwiek obaw.

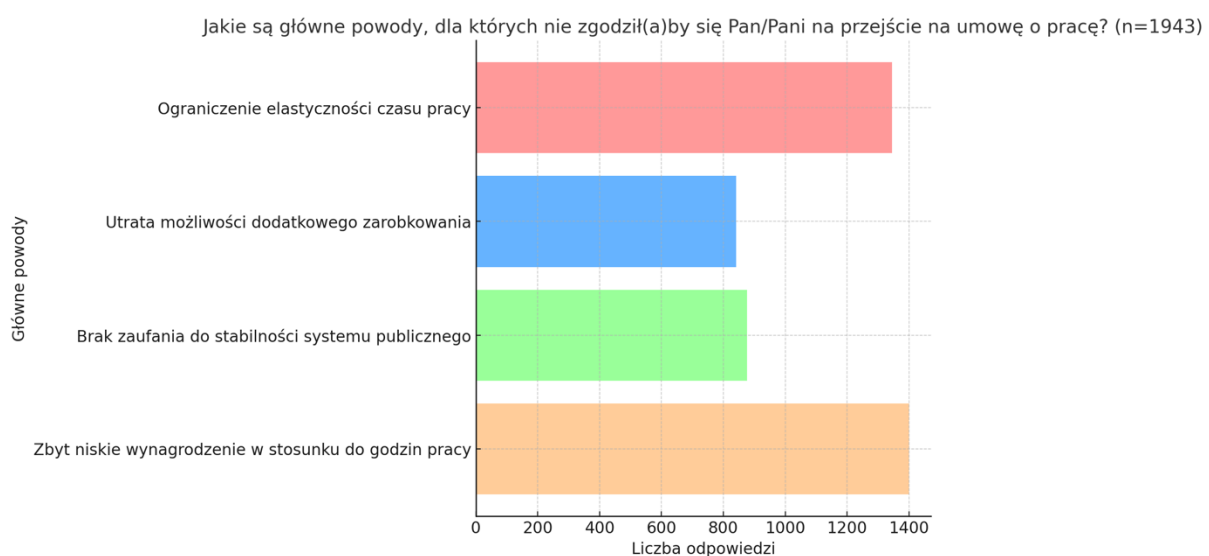
Odpowiedzi otwarte (387 wskazań) wskazują na obawy związane z podległością służbową, możliwością oddelegowania na inne stanowiska lub oddziały, mobbingiem, brakiem motywacji wynikającej z jednolitego wynagrodzenia, jak również z niskim wynagrodzeniem netto wynikającym z wysokich obciążeń podatkowych. Wyniki te podkreślają, że lekarze specjaliści obawiają się przede wszystkim utraty autonomii, zwiększenia kosztów pracy oraz ograniczenia możliwości zarobkowania.

Respondenci w odpowiedziach otwartych najczęściej wyrażali obawy dotyczące ograniczenia elastyczności pracy, zwiększonej formalnej zależności od pracodawcy oraz narzucania dodatkowych obowiązków, takich jak dyżury ponad normy czy oddelegowywanie na inne oddziały. Często wskazywano na problemy z mobbingiem, nepotyzmem oraz brak kompetencji kierownictwa. Obawy dotyczyły również możliwego obniżenia zarobków netto z powodu wyższych podatków i składek ZUS, co mogłoby obniżyć standard życia.

Zwracano uwagę na trudności wynikające z kodeksu pracy, takie jak brak elastyczności w organizacji czasu pracy czy ograniczenia w negocjowaniu warunków zatrudnienia. Podkreślano ryzyko pracy w warunkach niezgodnych z kompetencjami, problemy organizacyjne w szpitalach, brak wystarczającego wsparcia oraz niewystarczającą liczbę dni urlopowych. Obawy obejmowały także wpływ zmian systemowych na stabilność finansową placówek medycznych i możliwość ograniczenia pracy w sektorze prywatnym.

Na pytanie: „*Jakie są główne powody, dla których nie zgodził(a)by się Pan/Pani na przejście na umowę o pracę? (Można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)*” (n=1943), które było widoczne jedynie dla respondentów deklarujących brak zgody na przejście na umowę o pracę, uzyskano następujące wyniki:

1. **Ograniczenie elastyczności czasu pracy** – 1345 odpowiedzi.
2. **Utrata możliwości dodatkowego zarobkowania** – 841 odpowiedzi.
3. **Brak zaufania do stabilności systemu publicznego** – 876 odpowiedzi.
4. **Zbyt niskie wynagrodzenie w stosunku do godzin pracy** – 1401 odpowiedzi.



Odpowiedź inne: jakie?

W odpowiedziach otwartych najczęściej poruszano kwestie związane z obciążeniami podatkowymi, brakiem elastyczności czasu pracy, niskim wynagrodzeniem netto, złą organizacją pracy w systemie publicznym oraz utratą niezależności zawodowej. Wielu respondentów wskazywało na problem zbyt wysokich podatków, szczególnie w związku z szybkim przekraczaniem drugiego progu podatkowego, co znacząco obniża wynagrodzenie netto. Podkreślano, że kontrakt pozwala na korzystniejsze formy opodatkowania, takie jak ryczałt czy liniowy PIT, które są bardziej opłacalne finansowo.

Kolejnym istotnym problemem był brak elastyczności czasu pracy. Respondenci wyrażali obawy przed narzuceniem sztywnego grafiku oraz brakiem możliwości

samodzielnego planowania godzin pracy i urlopów, co jest dla nich dużą zaletą pracy na kontrakcie. Podkreślano także, że wynagrodzenie oferowane na umowie o pracę, po odliczeniu podatków i składek, jest niewspółmierne do odpowiedzialności i nakładu pracy, zwłaszcza w sektorze publicznym.

Zwracano również uwagę na złą organizację pracy w systemie publicznym, w tym nadmiar biurokracji, brak wsparcia administracyjnego, takiego jak asystenci medyczni, oraz problemy z niedoborem personelu. Dodatkowo lekarze wyrażali obawy przed utratą niezależności zawodowej, wskazując na ryzyko oddelegowywania do innych obowiązków, narzucania dodatkowych dyżurów czy braku możliwości negocjowania warunków pracy.

Odpowiedzi otwarte wskazują, że główne bariery przed przejściem na umowę o pracę to niekorzystne opodatkowanie, utrata elastyczności czasu pracy, zbyt niskie wynagrodzenie netto, zła organizacja pracy w sektorze publicznym oraz większa zależność od pracodawcy. Wyniki te wyraźnie pokazują, że obecny system wymaga zmian, które mogłyby uczynić umowę o pracę bardziej atrakcyjną formą zatrudnienia dla lekarzy.

Podsumowanie:

Najczęściej wskazywanymi powodami niechęci do przejścia na umowę o pracę były zbyt niskie wynagrodzenie w stosunku do godzin pracy (1401 wskazań) oraz ograniczenie elastyczności czasu pracy (1345 wskazań). Wiele osób wskazywało również na brak zaufania do stabilności systemu publicznego (876 wskazań) oraz utratę możliwości dodatkowego zarobkowania (841 wskazań). Dodatkowo, w 311 odpowiedziach otwartych respondenci zwrócili uwagę na inne istotne czynniki. Jednym z głównych problemów były wysokie obciążenia podatkowe, w tym szybkie przekraczanie drugiego progu podatkowego, który znacznie obniża wynagrodzenie netto. Kolejnym ważnym aspektem była utrata niezależności zawodowej, co wiązało się z ryzykiem oddelegowywania do innych obowiązków, narzucania dodatkowych dyżurów oraz ograniczenia możliwości samodzielnego planowania czasu pracy i urlopów.

Respondenci podkreślali również problemy organizacyjne w systemie publicznym, takie jak nadmiar biurokracji, brak wsparcia administracyjnego czy niedobory kadrowe. Praca na umowę o pracę była także postrzegana jako mniej elastyczna i mniej opłacalna w porównaniu do kontraktu, co dla wielu lekarzy stanowiło znaczącą barierę. W odpowiedziach pojawiały się również obawy o brak możliwości negocjowania warunków zatrudnienia, a także o nadmierne obciążenia wynikające z sztywnych zasad zatrudnienia w systemie publicznym.

Na pytanie: „*Jak odnosi się Pan/Pani do ewentualnego pomysłu likwidacji pracy na „kontrakt” i świadczenia usług zdrowotnych wyłącznie w ramach umowy o pracę w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ?*” (n=5599) uzyskano następujące wyniki:

1. **Zdecydowanie jestem przeciwny(a)** – 2182 odpowiedzi (**39%**).
2. **Raczej jestem przeciwny(a)** – 1176 odpowiedzi (**22%**).
3. **Raczej popieram** – 920 odpowiedzi (**17%**).
4. **Zdecydowanie popieram** – 627 odpowiedzi (**12%**).
5. **Jest mi to obojętne** – 606 odpowiedzi (**10%**).



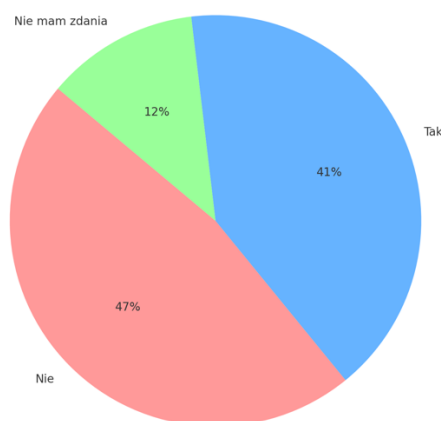
Podsumowanie:

Wyniki wyraźnie wskazują, że większość respondentów jest przeciwna likwidacji pracy na kontrakt i przejściu na wyłącznie umowy o pracę w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Aż 3358 osób (61%) wyraziło sprzeciw, wobec tego pomysłu, z czego zdecydowany sprzeciw wynosi 39%. Grupa popierająca ten pomysł to 1602 osoby (29%). Rezultaty sugerują, że duża część lekarzy docenia elastyczność i niezależność, jaką oferuje praca na kontrakcie, i obawia się negatywnych konsekwencji wprowadzenia wyłącznie formy umowy o pracę w ramach NFZ. Grupa osób niezdecydowanych, które zaznaczyły odpowiedź „jest mi to obojętne”, stanowi 10% respondentów, co wskazuje na pewien margines neutralnych postaw wobec omawianego pomysłu.

Na pytanie: „Czy uważa Pan/Pani, że propozycja „trzech średnich krajowych” potencjalnie wpłynie na zwiększenie liczby lekarzy w systemie ochrony zdrowia finansowanym ze środków publicznych?” (n=5599) uzyskano następujące wyniki:

1. **Nie** – 2623 odpowiedzi (47%).
2. **Tak** – 2283 odpowiedzi (41%).
3. **Nie mam zdania** – 693 odpowiedzi (12%).

Czy propozycja „trzech średnich krajowych” wpłynie na liczbę lekarzy? (n=5599)



Podsumowanie: Na podstawie uzyskanych odpowiedzi widać, że niemal połowa ankietowanych (47%) nie wierzy w skuteczność koncepcji „trzech średnich krajowych” w kontekście zwiększenia liczby lekarzy w publicznym systemie ochrony zdrowia. Nieco ponad 40% respondentów (41%) wyraża opinię, że tego typu propozycja może mieć pozytywny wpływ, natomiast 12% osób nie ma sprecyzowanego stanowiska w tej kwestii. Rozkład odpowiedzi sugeruje więc brak wyraźnej dominacji jednej konkretnej opinii: choć przeważa sceptycyzm, znaczna część uczestników uważa, że taka inicjatywa może być krokiem w dobrym kierunku.

Na pytanie otwarte: *Jakie działania, poza podniesieniem wynagrodzeń, powinny zostać podjęte w celu poprawy warunków pracy lekarzy?* uzyskano 2394 odpowiedzi. Poniżej znajduje się posumowanie treści zawartych w przesłanych odpowiedziach.

Propozycje działań na rzecz kompleksowej poprawy warunków pracy lekarzy

Zarówno lekarze pracujący w publicznym, jak i prywatnym sektorze opieki zdrowotnej dostrzegają szereg problemów istotnie pogarszających ich warunki pracy. W najnowszej dyskusji pojawia się postulat 3-krotności średniej krajowej jako minimalnego, gwarantowanego wynagrodzenia zasadniczego dla lekarza specjalisty na etacie. W opinii wielu praktyków podwyższenie płac, choć istotne i pożądane, nie rozwiąże szeregu bolączek systemu ochrony zdrowia. Poniżej, w podziale tematycznym, przedstawiono konkretne wnioski oraz postulaty zgłoszone przez środowisko medyczne.

1. Zmniejszenie obciążenia lekarzy pracą administracyjną i biurokratyczną

1.1. Asystenci i sekretarki medyczne

Często podkreślanym problemem jest nadmierne obciążenie lekarzy obowiązkami biurowymi, które nie wymagają wykształcenia medycznego. Podczas wizyt w poradniach czy w trakcie pracy na oddziałach szpitalnych lekarze muszą wypełniać liczne formularze, kodować procedury, wystawiać zwolnienia lekarskie czy określać refundację dla leków. Każda z tych czynności znacznie wydłuża czas obsługi pacjenta i odciąga uwagę lekarza od zadań stricte medycznych.

Propozycja: Powszechne wprowadzenie stanowiska asystentów lekarza lub sekretarek medycznych finansowanych ze środków publicznych (np. w ramach kontraktów NFZ lub budżetu podmiotu) i zatrudnienie ich na oddziałach i w poradniach. Pozwoliłoby to lekarzom skupić się na badaniu pacjenta, interpretacji wyników i procesie terapeutycznym, przy jednoczesnej poprawie płynności obsługi chorego.

1.2. Uproszczenie dokumentacji medycznej

Wciąż rośnie liczba dokumentów do wypełnienia — formularzy, skal oceny ryzyka, kart wywiadów, arkuszy statystycznych. Efekt to wielominutowe wizyty w poradni (z czego duża część mija na klikanie w system informatyczny), które powodują m.in. wydłużanie kolejek i pogarszanie jakości opieki nad pacjentem.

Propozycja: Ograniczenie liczby obowiązkowych formularzy wyłącznie do tych faktycznie niezbędnych oraz integracja systemów informatycznych z funkcjami automatycznego uzupełniania, co skróciłoby czas wizyty przeznaczony na czynności pozamedyczne.

1.3. Zniesienie obowiązku określania refundacji przez lekarza

Aktualnie lekarz jest w praktyce urzędnikiem decydującym, czy lek zostanie pacjentowi wydany z pełną czy częściową odpłatnością, dodatkowo obciążonym odpowiedzialnością finansową w razie błędu refundacyjnego. Jednocześnie zasady refundacji zmieniają się dość często i są nieintuicyjne.

Propozycja: Zautomatyzowanie refundacji (np. w systemach aptecznych na podstawie kodyfikacji ICD-10) w celu odsunięcia lekarza od funkcji quasi-urzędniczej. Zmiana ta poprawiłaby płynność obsługi pacjentów, zmniejszyłaby obciążenie psychiczne i ryzyko popełnienia kosztownych błędów.

2. Reformy organizacyjne i kadrowe

2.1. Normy zatrudnienia oraz rotacja personelu

Wielu lekarzy wskazuje, że w szpitalach, szczególnie powiatowych, brakuje realnych minimalnych norm kadrowych, określających liczbę lekarzy i pielęgniarek na określoną liczbę łóżek czy pacjentów. Ta „niewidoczna” luka sprawia, że na jednym lekarzu spoczywa często obowiązek obsługi całego oddziału i jednocześnie zajmowanie się Izbą Przyjęć bądź SOR-em.

Propozycja: Ustawowe wprowadzenie minimalnych norm zatrudnienia lekarzy (analogicznie do istniejących już norm dla pielęgniarek). Wprowadzenie zakazu formalnego łączenia przez jednego lekarza w danej dobie zadań na kilku oddziałach bądź SOR/Izbie Przyjęć i oddziale jednocześnie.

2.2. Zakaz pracy >24 h i ewidencja czasu pracy

Nierzadko lekarze ciągną dyżury kilkudziesięciogodzinne (w różnych placówkach łącznie), co niesie ryzyko błędów z powodu zmęczenia. Obowiązują wprowadzone limity w ramach kodeksu pracy, lecz w przypadku umów cywilno-prawnych (kontrakty) łatwiej je obchodzić.

Propozycja: Wprowadzenie ewidencji czasu pracy lekarzy, podobnej do „tachografu kierowców”, tak aby uniemożliwić lekarzom pracę w sposób zagrażający bezpieczeństwu pacjentów i samych lekarzy. Dopilnowanie przestrzegania 24–36-godzinnego okresu odpoczynku po dyżurach.

2.3. Zwolnienie lekarzy z szeregu obowiązków administracyjnych

Lekarz w polskich warunkach bywa równocześnie opiekunem socjalnym (szukanie miejsc w DPS, ZOL), pracownikiem statystyki (rozliczanie procedur i sprawozdawczość dla NFZ), osobą zamawiającą leki w aptece i materiałów medycznych, a także organizatorem transportu medycznego.

Propozycja: Delegowanie tych prac w szpitalu na pracowników administracji, pracowników socjalnych, koordynatorów ds. opieki. Wprowadzenie szerzej funkcji pracownika socjalnego i/lub koordynatora opieki w oddziałach, co odciążałoby lekarza od niemedycznych zadań organizacyjnych.

3. Ochrona prawna i psychologiczna lekarzy

3.1. System no-fault

W obowiązującym modelu każdy błąd medyczny (nawet nieumyślny) może skończyć się postępowaniem karnym lub pozwem cywilnym — z perspektywy lekarzy wywołuje to zjawisko „medycyny defensywnej”. Środowisko postuluje dążenie do tak zwanego

systemu no-fault — państwowego funduszu wypłacającego odszkodowania pacjentom przy niezamierzonych błędach lekarskich, a zarazem gruntownej analizy przyczyn błędu w celu poprawy procedur.

Propozycja: Wprowadzenie no-fault w Polsce, wzorem m.in. Nowej Zelandii czy niektórych krajów skandynawskich, co przyczyni się do ograniczenia stresu lekarzy, poprawy atmosfery na oddziałach i większego bezpieczeństwa pacjentów (dzięki zgłaszaniu trudnych przypadków bez ryzyka sankcji karnych).

3.2. Ochrona wizerunku lekarza

Nierzadko w sytuacjach konfliktowych lekarze doświadczają hejtu w mediach społecznościowych. Brak dostępu do skutecznej ochrony prawnej sprawia, że pracownicy służby zdrowia czują się bezbronni wobec pomówień.

Propozycja: Samorząd lekarski i/lub placówki medyczne powinny zapewnić realną pomoc prawną lekarzom, a lekarze powinni mieć możliwość obrony w mediach bez ponoszenia konsekwencji (np. poprzez zniesienie tajemnicy lekarskiej w sytuacji pomówień).

3.3. Wsparcie psychologiczne

Lekarz jest poddawany ogromnej presji, szczególnie w dziedzinach zabiegowych, intensywnej terapii czy na SOR-ach. Bardzo często lekarz nie ma gdzie zwrócić się po pomoc psychologiczną w razie wypalenia zawodowego, lęku czy silnego stresu.

Propozycja: Stworzenie systemu wsparcia psychologicznego dla personelu medycznego, obowiązkowych szkoleń z przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu czy grup Balinta (terapeutycznych) w szpitalach oraz poradniach.

4. Usprawnienie organizacji i finansowania systemu

4.1. Lepsza wycena procedur medycznych

Lekarze wskazują, że poszczególne procedury NFZ są wycenione nieadekwatnie do rzeczywistych kosztów. Szpital, przyjmując pacjenta np. internistycznego z wielochorobowością, otrzymuje ryczałt w ramach tzw. Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Gdy rzeczywiste koszty leczenia okazują się wyższe, oddział się zadłuża, co przekłada się na redukcję etatów i pogarszanie warunków pracy.

Propozycja: Urealnienie wycen procedur w AOS, POZ i w szpitalach, co pozwoli zatrudnić wystarczającą liczbę lekarzy, pielęgniarek i personelu pomocniczego.

4.2. Stworzenie jednolitego, ogólnopolskiego systemu informatycznego

Wspomniano liczne głosy postulujące stworzenie scentralizowanej bazy EDM (Elektronicznej Dokumentacji Medycznej), w której obecne byłyby wszystkie informacje o pacjencie (dotychczasowe wypisy, leki, alergie itp.). Sytuacja, w której lekarz musi każdorazowo „od nowa” zlecać badania obrazowe lub laboratoryjne, jest nieefektywna i wydłuża kolejki.

Propozycja: Utworzenie państwowego, kompatybilnego systemu e-zdrowie, dostępnego dla każdej placówki zakontraktowanej przez NFZ. Pacjent nie jest „nośnikiem” kart i wyników badań, a lekarz posiada do nich szybki wgląd.

4.3. Koszyk świadczeń i współpłacenie

Wielu lekarzy wskazuje, że system „całkowicie bezpłatnej” opieki medycznej nie jest wydolny w obecnym kształcie: częste wizyty niezwiązane z realną potrzebą medyczną, pacjenci nieodwołujący terminów, dublowanie konsultacji.

Propozycja: Wprowadzenie drobnej, symbolicznej opłaty (np. 5–10 zł) za wizytę w poradni specjalistycznej lub kary finansowej za nieodwołanie wizyty. Pozwoliłoby to zredukować kolejki i lepiej zarządzać czasem lekarzy.

5. Inwestycja w kadry i szkolenia

5.1. Rozbudowa i poprawa jakości kształcenia lekarzy

Obecnie, w ramach studiów, często brakuje komponentu praktycznego, natomiast w wielu szpitalach rezydent jest wykorzystywany jako „darmowa siła robocza” zamiast być solidnie szkolony. Jednocześnie otwierane są kolejne kierunki lekarskie na uczelniach, których zaplecze bywa niewystarczające do zapewnienia wysokiej jakości nauczania.

Propozycja: Regularne audyty miejsc szkoleniowych. Ograniczenie lub zamknięcie kierunków lekarskich nieposiadających należytej akredytacji. Zapewnienie płatnych urlopów szkoleniowych czy finansowania kosztów kursów/konferencji naukowych w większym zakresie.

5.2. Urlop na poratowanie zdrowia

Wśród lekarzy przewija się koncepcja analogiczna do rozwiązań znanych z oświaty (nauczyciele mają prawo do tzw. urlopu na poratowanie zdrowia).

Propozycja: Ustawowe wprowadzenie możliwości wzięcia np. półrocznego lub rocznego, płatnego urlopu dla lekarzy (co np. 10 lat pracy) w celu zredukowania ryzyka wypalenia zawodowego.

6. Elastyczność formy zatrudnienia i wsparcie socjalne

6.1. Wybór między etatem a kontraktem

Lekarze postulują, by nie ograniczać możliwości pracy na kontraktach medycznych. Zmuszanie specjalistów do zatrudnienia wyłącznie na etacie w publicznym szpitalu, szczególnie bez atrakcyjnego systemu premiowego czy benefitów, mogłoby doprowadzić do masowej rezygnacji z pracy w sektorze publicznym i zintensyfikowania pracy w prywatnych placówkach.

Propozycja: Pozostawienie lekarzom możliwości wyboru formy zatrudnienia, ale jednocześnie zachęcanie do etatów, np. przez stabilne warunki finansowe, ochronę socjalną i dodatkowe korzyści w umowie o pracę (urlopy szkoleniowe, opieka psychologiczna, wyższe stawki za dyżury weekendowe).

6.2. Benefity pracownicze i poprawa warunków socjalnych

Wiele szpitali nie zapewnia lekarzom nawet podstawowych warunków socjalnych (klimatyzowane pomieszczenia socjalne, możliwość zakupu ciepłych posiłków w przystępnej cenie, dostęp do prysznicza w ramach dyżuru). Lekarze postulują także rozszerzenie pakietów sportowych czy ubezpieczeń zdrowotnych dla pracowników medycznych.

Propozycja: Wprowadzenie programów typu „benefity korporacyjne” (np. karty MultiSport, pakiety prywatnej opieki medycznej, stołówek pracowniczych, dofinansowania szkoleń z języków obcych), co istotnie poprawiłoby atrakcyjność zatrudnienia w placówkach publicznych.

Podsumowanie raportu

Raport badawczy „3XM – diagnoza postaw lekarzy wobec form zatrudnienia i proponowanego modelu wynagrodzeń” ukazuje szeroki zakres opinii lekarzy wobec koncepcji gwarantowanego wynagrodzenia na poziomie trzech średnich krajowych w zamian za umowę o pracę. Aż 64,9% badanych odniosło się do niej pozytywnie, jednak wielu respondentów zwraca uwagę, że samo podniesienie płac nie rozwiąże kluczowych problemów systemu opieki zdrowotnej. Istotne okazują się również czynniki pozapłacowe, takie jak elastyczność formy zatrudnienia, niezależność zawodowa, stabilność oraz ochrona socjalna. Dane pokazują, że po wykluczeniu osób już zatrudnionych na etacie 47,7% lekarzy byłoby skłonnych przejść na umowę o pracę, 45,1% deklaruje brak takiej chęci, a pozostałe 7,3% nie ma sprecyzowanej opinii. Warto jednak zaznaczyć, że respondenci wyceniają potencjalną zmianę formy zatrudnienia często znacznie powyżej proponowanych trzech średnich krajowych, wskazując przedziały 30–60 tys. zł brutto.

Lekarze dostrzegają wiele korzyści płynących z pracy na etacie, takich jak prawo do urlopu, stabilność zatrudnienia czy większe bezpieczeństwo prawno-finansowe. W otwartych komentarzach podkreślano też płatne zwolnienia lekarskie, zabezpieczenie emerytalne i lepszą organizację pracy, która przekłada się na ciągłość opieki nad pacjentami. Jednocześnie wśród najczęściej wymienianych obaw dominuje ograniczenie elastyczności czasu pracy, wyższe obciążenia podatkowe oraz utrata dodatkowych źródeł dochodu. Nierzadko pojawiają się niepokoje związane z podległością służbową, koniecznością podporządkowania się nie zawsze kompetentnym przełożonym, a także z perspektywą potencjalnych zmian w systemie skutkujących obniżeniem zarobków netto.

Duży jest natomiast sprzeciw wobec likwidacji kontraktów w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ – 60% lekarzy uważa, że taki krok negatywnie wpłynąłby na elastyczność i stabilność systemu publicznego. Jednocześnie niemal połowa respondentów wyraża wątpliwość czy pomysł „trzech średnich krajowych” byłby wystarczającym impulsem do zwiększenia liczby lekarzy w sektorze publicznym. W otwartych komentarzach zdecydowanie widać potrzebę kompleksowych reform w

ochronie zdrowia, które wykraczałyby poza kwestie płac. Wskazywane są między innymi problemy nadmiernej biurokracji, niewystarczającej kadry pomocniczej, braku systemu no-fault, niskiej wyceny procedur przez NFZ, a także konieczność wprowadzenia przejrzystych norm zatrudnienia i usprawnienia cyfryzacji (jednolity system EDM).

Zebrane opinie jednoznacznie pokazują, że samo zagwarantowanie wyższych płac nie zlikwiduje kluczowych ograniczeń funkcjonowania publicznej opieki zdrowotnej. By system stał się atrakcyjny dla większej liczby lekarzy, konieczne są głębsze zmiany organizacyjne, które zapewnią jednocześnie adekwatną ochronę socjalną, elastyczność, wsparcie prawne i psychologiczne oraz jasne regulacje dotyczące czasu pracy i odpowiedzialności zawodowej.

Proponowany model „3XM” może być pierwszym krokiem w kierunku poprawy, ale sukces reform zależy od wprowadzenia równoległych rozwiązań zapewniających odpowiednią organizację i finansowanie systemu, a także sprawiedliwe i motywujące warunki zatrudnienia.