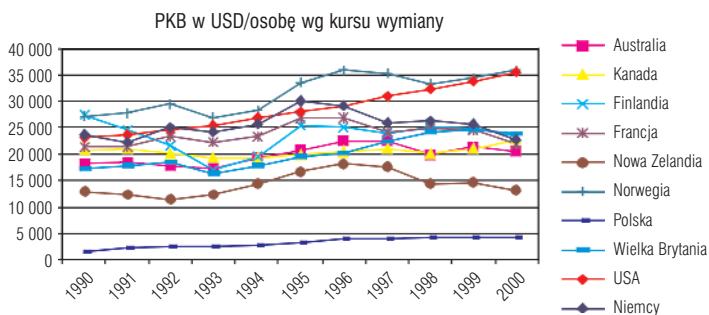


Poziom zarobków lekarzy w odniesieniu do wskaźników ekonomicznych i organizacyjnych wybranych krajów

1. Charakterystyka ogólna porównywanych krajów

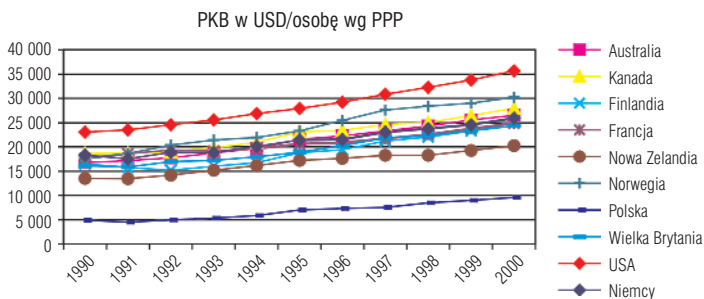
Podstawowym czynnikiem różnicującym poszczególne porównywane kraje jest ich zasobność. Wskaźnikiem, który mierzy zasobność kraju najbardziej kompleksowo jest tzw. **Produkt Krajowy Brutto**, czyli suma wartości wszystkich dóbr i usług, wytworzonych na terenie danego kraju w ciągu roku. Wielkość PKB odzwierciedla potencjał ekonomiczny danego kraju oraz poziom zamożności społeczeństwa. Produkt krajowy jest jednocześnie wielkością zasobów, jakie można wykorzystać na konsumpcję (zbiorową i indywidualną) oraz inwestycje w danym roku. Zasoby niewykorzystane w danym roku stają się nadwyżką, którą można ulokować w instytucjach finansowych, natomiast wielkości zużywane przekraczające PKB wpływają na deficyt pokrywany poprzez zadłużanie się wobec takich instytucji.



Rysunek 1. Wartość Produktu Krajowego Brutto na obywatela w przeliczeniu na USD wg kursu wymiany (OECD 2002, Paris)

Produkt krajowy brutto przedstawiany jest w przeliczeniu na obywatela, a w porównaniach międzynarodowych w przeliczeniu na waluty wymienne (najczęściej USD, euro). Z uwagi na różnice cen towarów i usług stosuje się dodatkowo przeliczniki wg paritetu siły nabywczej, które pozwalają obserwować siłę nabywczą, wynikającą z wielkości produktu krajowego w danym kraju.

Na zamieszczonych powyżej wykresach można dostrzec, iż wśród porównywanych krajów, PKB w Polsce na jednego obywatela ma wartość najniższą, odpowiednio 4 074

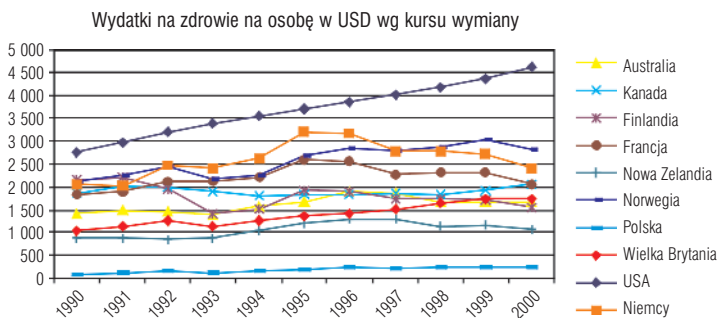


Rysunek 2. Wartość Produktu Krajowego Brutto na obywatela w przeliczeniu na USD wg parytetu siły nabywczej (OECD 2002, Paris).

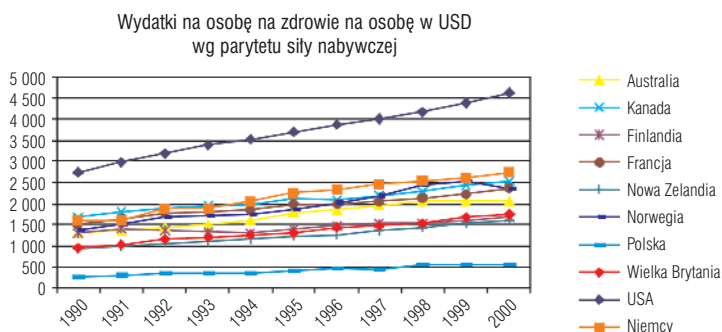
USD wg przelicznika kursu bankowego (średnio rok 2001) oraz 9 580 USD wg przelicznika siły nabywczej. Jak widać, mimo że wartość przelicznikowa dóbr i usług wytwarzanych w Polsce jest znacznie niższa niż w innych krajach, jednocześnie występujące niskie (w stosunku do tych krajów) ceny powodują, iż za jednego dolara w Polsce można kupić ponaddwukrotnie więcej dóbr i usług niż w Stanach Zjednoczonych. Nie zmienia to faktu, że średnio na jednego Amerykanina przypada ponad 35 000 dolarów wg siły nabywczej, podczas gdy na jednego Polaka jest to nieco ponad 9 500 USD, czyli ponadtrzyipółkrotnie mniej (już po przeliczeniu wg parytetu siły nabywczej).

Wydatki całkowite na ochronę zdrowia

Część gospodarki każdego kraju produkuje dobra i usługi o charakterze zdrowotnym. Z całości Produktu Krajowego Brutto, wielkość sprzedaży dla końcowych użytkowników (czyli nie „spożycia pośredniego”, a więc zakupów w celu dalszego przetworzenia) stanowi wydatki całkowite na ochronę zdrowia. Rozumienie granic sektora ochrony zdrowia i sposoby wyliczania wydatków na zdrowie przez wiele lat różniły się w poszczególnych krajach. Powodowało to nieporozumienia i błędy w analizie porównawczej tych wielkości. W wyniku kilkuletnich prac w instytucjach międzynarodowych, w tym przede wszystkim Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Światowej Organizacji Zdrowia, osiągnięto porozumienie w zakresie klasyfikowania i pomiarów wydatków na ochronę zdrowia. System powiązanych tabel ze standardowymi sposobami raportowania o wydatkach na ochronę zdrowia, oraz odpowiednie systemy klasyfikacyjne źródeł finansowania, rodzajów dóbr i usług oraz rodzajów ich dostawców, stanowią tzw. System Rachunków Zdrowia (SHA). Aktualnie w większości krajów OECD system ten jest już stosowany do raportowania wydatków na ochronę zdrowia lub właśnie jest wdrażany. Powoduje to, iż dane pochodzące z tych krajów są wzajemnie w dużym stopniu porównywalne.



Rysunek 3. Wydatki na ochronę zdrowia na obywatela w przeliczeniu na USD wg kursu wymiany (OECD 2002, Paris)

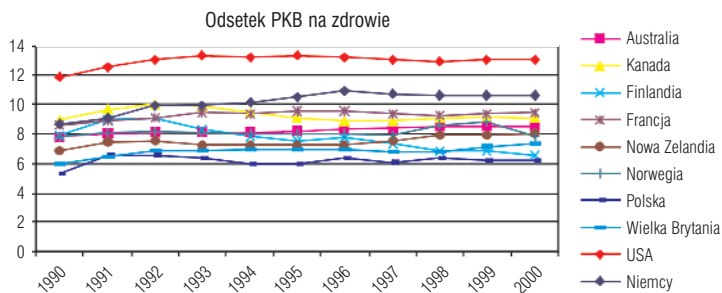


Rysunek 4. Wydatki na ochronę zdrowia na obywatela w przeliczeniu na USD wg parytetu siły nabywczej (OECD 2002, Paris)

Wydatki całkowite na ochronę zdrowia, wg zasad klasyfikacyjnych SHA, obejmują tak wydatki publiczne; ubezpieczeń zdrowotnych, budżetu państwa czy budżetów samorządów, jak i wydatki prywatne, czyli tzw. gospodarstw domowych oraz firm, czy instytucji *non-profit*. Podobnie jak w przypadku samego PKB, również wydatki na ochronę zdrowia w Polsce są najniższe spośród analizowanych krajów. W przeliczeniu wg kursu wymiany, w Polsce w roku 1999 (ostatni dostępny do porównań międzynarodowych), wydawano 249 USD na osobę, podczas gdy w większości krajów europejskich, pomiędzy

1 500 a 2 000 USD na osobę, a w Stanach Zjednoczonych aż 4 500 USD na osobę. Przeliczając te wartości na siłę nabywczą uzyskuje się nieco lepsze proporcje; ponad 500 USD PPP na osobę w Polsce i między 1 500 a 2 000 USD PPP w krajach zachodnich.

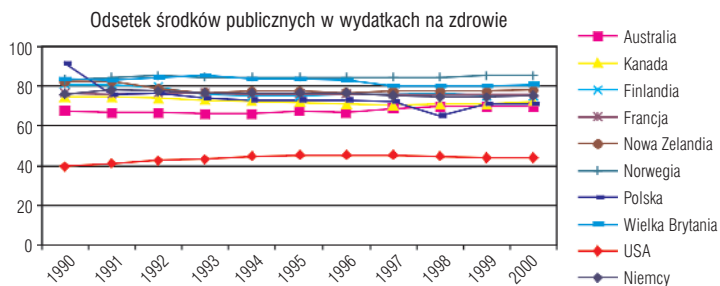
Odnosząc wielkość wydatków na ochronę zdrowia do produktu krajowego, uzyskujemy miarę odsetka PKB wydawanego na ochronę zdrowia. Wielkość ta jest miarą priorytetów społecznych w danym kraju i warto zauważyć, że im kraj jest mniej rozwinięty gospodarczo



Rysunek 5. Wydatki na ochronę zdrowia na obywatela w proporcji do Produktu Krajowego Brutto (OECD 2002, Paris)

i ma niższy PKB, tym mniejszy odsetek z tego PKB przeznaczają na ochronę zdrowia. Zjawisko to widoczne jest w szczególności w przypadku tzw. krajów rozwijających się. Polska jest krajem o stosunkowo wysokim odsetku wydatków na zdrowie w kontekście swojego poziomu rozwoju gospodarczego. Z wielkością 6,2% PKB wydawanych na zdrowie (a według ostatnich szacunków² jest to raczej 6,5–6,8%), Polska plasuje się na ostatnim miejscu spośród porównywanych krajów, lecz niewiele poniżej Finlandii (6,6%) oraz Wielkiej Brytanii (7,3%), mimo ich wielokrotnie wyższego PKB (2,5 do 6 razy wyższy niż w Polsce).

Wydatki publiczne na ochronę zdrowia



Rysunek 6. Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w proporcji do wydatków całkowitych (OECD 2002, Paris)

Z punktu widzenia pacjenta oraz łatwości dostępu do medycznych dóbr i usług, istotną wartością jest odsetek środków, jakie w danym kraju wydawane są na ochronę zdrowia ze środków publicznych. Istnieje naturalna tendencja, iż w przypadku, gdy świadczenia są

opłacane ze środków wspólnych (ubezpieczeniowych, budżetu państwa), korzystanie z tych świadczeń jest większe. Ostatecznie, bezpłatność świadczeń może prowadzić do zjawiska tzw. *moralnego hazardu*, objawiającego się nadużywaniem świadczeń lub używaniem świadczeń droższych niżby to wynikało z „prawdziwej”³³ potrzeby. Odwrotnie, gdy świadczenia są pełnopłatne lub w znacznym stopniu współpłacone przez pacjenta, wtedy popyt na nie spada. Choć należy też zauważyć, że niektóre z usług i dóbr medycznych mają cechy tzw. „dóbr luksusowych”, tj. takich, na które popyt rośnie wraz ze wzrostem ceny.

Na rys. 6. przedstawiono odsetek wydatków publicznych w wydatkach całkowitych na zdrowie w poszczególnych krajach. Z wykresu wynika, iż w Stanach Zjednoczonych wydatki publiczne stanowią niecałe 50% wydatków całkowitych, podczas gdy w pozostałych krajach jest to ponad 70%. Warto jednak zaznaczyć, iż w Stanach Zjednoczonych do wydatków prywatnych zalicza się większość ubezpieczeń zdrowotnych płaconych przez pracowników i pracodawców, ponieważ są to ubezpieczenia *dobrowolne*. Jednocześnie z tego powodu w USA istnieje dość znaczna grupa osób, z reguły młodych i zarabiających niewiele, które nie przystępują do ubezpieczeń, stawiając na inne priorytety.

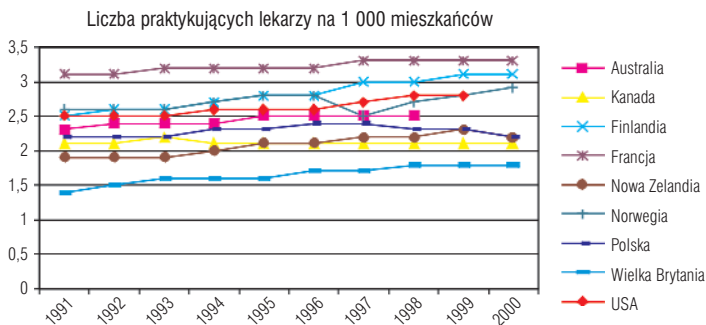
W przypadku Polski wydatki prywatne zaczynają się zbliżać do 30%, co jest wielkością podobną do Australii czy Kanady, lecz wyższą niż np. w Wielkiej Brytanii, czy nawet w Finlandii. W puli wydatków prywatnych ujęte są zarówno wydatki oficjalne, jak i nieoficjalne, ponoszone w publicznej opiece zdrowotnej.

2. Wskaźniki szczegółowe

Wskaźniki personelu medycznego

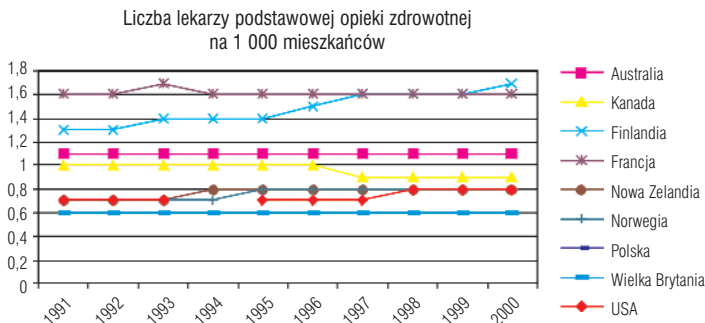
Jedną z głównych doktryn obowiązujących w krajach zachodnioeuropejskich w poprzednich 30 latach było ograniczanie podaży na „ryнку” usług medycznych. Doktryna wywodziła się z założenia, że podaż w ochronie zdrowia kreuje popyt (prawo Roemera), a zatem, aby ograniczać przyrost wydatków należy trzymać w ryzach czynniki podażowe. Za czynniki takie uznawano tak instytucje ochrony zdrowia (szpitale, przychodnie), wyposażenie w sprzęt medyczny, jak i samą liczbę personelu medycznego. Skutkiem stosowania doktryny w praktyce było, np. ograniczanie liczby studentów medycyny, czy też regulacje dotyczące tzw. sieci szpitali, hamujące możliwość inwestowania w nowe instytucje zdrowotne bez zgody odpowiednich organów administracji.

Stopień regulacji podaży, w tym przypadku „podaży kadr medycznych”, w poszczególnych krajach był różny i hamowanie liczby absolwentów medycyny różnie skuteczne. Jak wynika z powyższego wykresu, w największym stopniu restrykcyjne były zasady wprowadzone w Wielkiej Brytanii, Kanadzie czy Nowej Zelandii. W powyższych krajach, najbardziej swobodny dostęp do kształcenia medycznego był obserwowany we



Rysunek 7. Liczba praktykujących lekarzy na 1 000 mieszkańców poszczególnych krajów (OECD 2002, Paris)

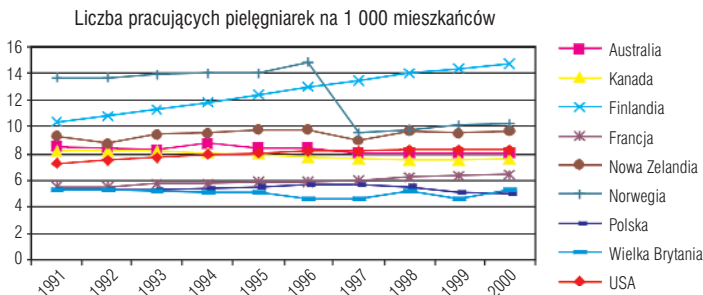
Francji, a z niewymienionych krajów europejskich we Włoszech i Hiszpanii. W krajach byłego bloku socjalistycznego obserwuje się zasadniczo wyższą liczbę lekarzy na 1 000 mieszkańców niż w krajach Europy Zachodniej. Wyjątkiem tutaj jest Polska, w której liczba lekarzy na 1 000 mieszkańców jest na poziomie Nowej Zelandii czy Kanady.



Rysunek 8. Liczba lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na 1 000 mieszkańców poszczególnych krajów (OECD 2002, Paris)

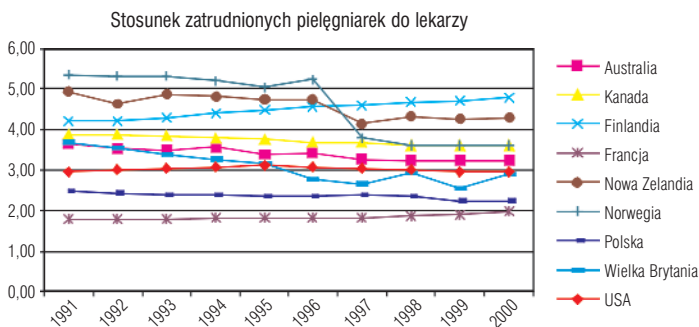
Poszczególne systemy ochrony zdrowia przypisują różną rolę lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej. Różnice istnieją również w nazewnictwie i zakresie odpowiedzialności tej grupy lekarzy. W przeciwieństwie jednak do innych dziedzin i specjalności, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej działają w większości systemów i jest to grupa lekarzy, do której ewentualne porównania międzynarodowe można najskuteczniej stosować. Z powyższego wykresu wynika, że paradoksalnie w krajach, w których rola lekarza poz

jest bardzo istotna, w których często pełni funkcję *gate-keepera* lub nawet *fund-holdera* liczebność tej grupy lekarzy nie jest duża.



Rysunek 9. Liczba pracujących pielęgniarek na 1 000 mieszkańców poszczególnych krajów (OECD 2002, Paris)

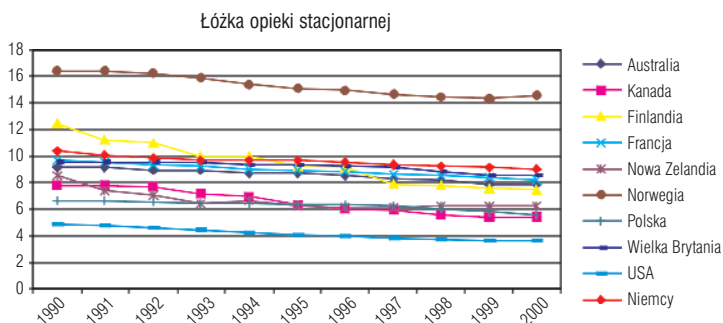
W pewnym stopniu substytucyjnie w stosunku do roli lekarza może działać grupa zawodowa pielęgniarek. Z powyższego wykresu wynika, że we Francji, gdzie obserwuje się bardzo dużą liczbę praktykujących lekarzy, odpowiednia liczba pielęgniarek jest znacznie niższa. Jednocześnie jednak w Wielkiej Brytanii jest niewiele lekarzy i tak samo niewiele pielęgniarek, a w Finlandii odwrotnie; znaczna liczba lekarzy i tak samo wysokie liczby pielęgniarek w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców.



Rysunek 10. Stosunek liczby pielęgniarek do liczby praktykujących lekarzy w poszczególnych krajach (A. Kozierkiewicz na podstawie: OECD 2002, Paris)

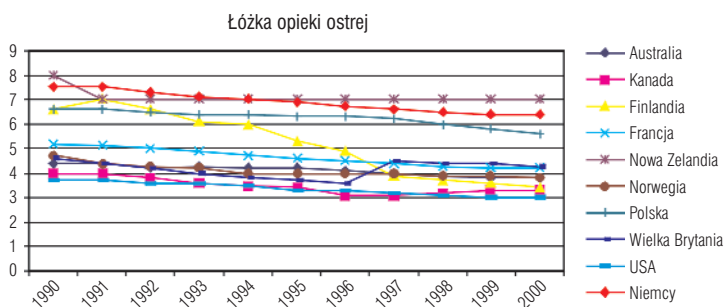
Ogółem, najniższe liczby pielęgniarek w stosunku do lekarzy obserwowane są we Francji i w Polsce. Najwyższe natomiast w Finlandii, Nowej Zelandii oraz Norwegii.

Wskaźniki infrastruktury szpitalnej



Rysunek 11. Liczba łóżek opieki stacjonarnej na 1 000 mieszkańców (A. Kozierkiewicz na podstawie: OECD 2002, Paris)

Podobnie do liczby lekarzy, w ramach polityk zdrowotnych w poszczególnych krajach stosowano aktywnie lub mniej aktywnie regulację liczby łóżek szpitalnych. Przy czym, jak wynika z powyższego i dalszych wykresów, na liczbę tzw. łóżek opieki stacjonarnej w najistotniejszym stopniu wpływa rozwój sektora tzw. długoterminowej stacjonarnej opieki pielęgnacyjnej. Jego wysoki rozwój (jak w Norwegii, ale także Finlandii i Wielkiej Brytanii) może stanowić o dużej sumarycznej liczbie łóżek, a jej niski rozwój (jak w Polsce, Nowej Zelandii czy Kanadzie), o małej liczbie łóżek opieki stacjonarnej. W przypadku USA, podane liczby nie obejmują tzw. *nursing homes*.

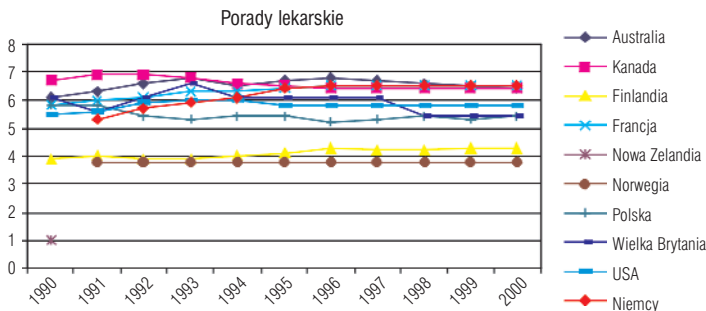


Rysunek 12. Liczba łóżek opieki stacjonarnej ostrej na 1 000 mieszkańców (A. Kozierkiewicz na podstawie: OECD 2002, Paris)

Nieco odmiennie w stosunku do poprzedniego wykresu, sytuacja wygląda na wykresie liczby łóżek opieki szpitalnej ostrej (do której zaliczono też szpitale psychiatryczne). Oprócz Nowej Zelandii, co do której dane pochodzą z roku 1992, najwyższa liczba łóżek występuje

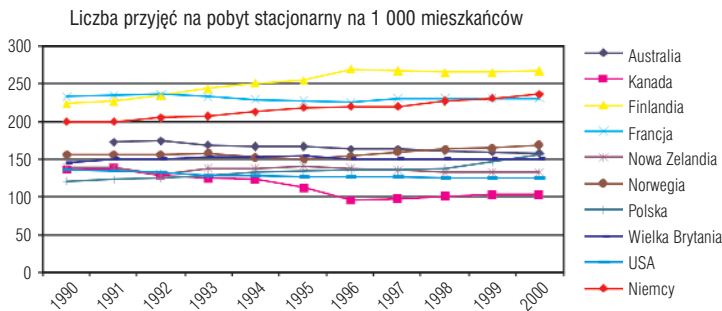
w Polsce, o około 30% przekraczając odpowiednie liczby w innych porównywanych krajach. Najniższe liczby łóżek obserwowane są w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Finlandii.

Wskaźniki korzystania ze świadczeń



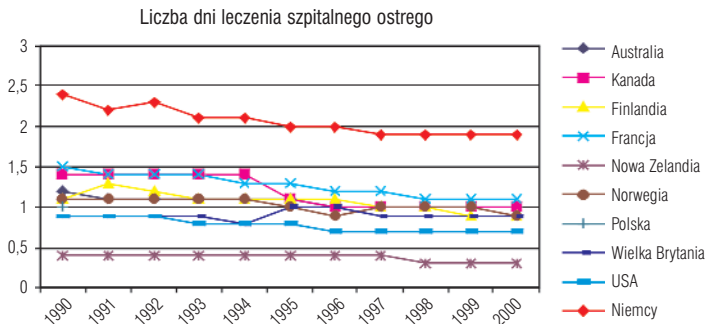
Rysunek 13. Liczba porad lekarskich na 1 obywatela w ciągu roku (A. Kozierkiewicz na podstawie: OECD 2002, Paris)

Uważa się, że częściowo wymiennie w stosunku do leczenia szpitalnego można stosować leczenie ambulatoryjne. Liczby porad przypadające na jednego mieszkańca w ciągu roku w poszczególnych krajach przedstawione zostały na powyższym wykresie. Wynika z niego, że Skandynawowie szczególnie umiarkowanie korzystają z usług lekarskich, odbywając około 4 wizyt rocznie. Nieco więcej wizyt występuje w Polsce czy Wielkiej Brytanii, najwięcej wizyt, choć nie radykalnie więcej niż w wymienionych krajach, przypada na jednego obywatela w Kanadzie, Francji czy Australii. Warto przy tym zaznaczyć, że w krajach takich jak Czechy czy Węgry, czyli funkcjonujących w podobnych warunkach do Polski, rocznie na jednego obywatela przypada kilkanaście wizyt lekarskich.



Rysunek 14. Liczba przyjęć do ośrodków opieki stacjonarnej na 1 000 mieszkańców w ciągu roku (OECD 2002, Paris)

W większości obserwowanych krajów liczba przyjęć na pobyt stacjonarny (długo- lub krótkoterminowy) oscylowała wokół 150 na 1 000 mieszkańców na rok. Najwięcej przyjęć odnotowuje się w Finlandii (gdzie jest dość niewiele porad ambulatoryjnych) i Francji. Najmniej przyjęć występuje w Kanadzie, gdzie porad ambulatoryjnych jest z kolei dość dużo. We Francji liczne są tak porady, jak i przyjęcia do szpitala.



Rysunek 15. Liczba dni pobytu szpitalnego (ostrego) 1 mieszkańca w ciągu roku (OECD 2002, Paris)

Z kolei czas, jaki spędza średnio obywatel danego państwa w ciągu roku w szpitalu o charakterze ostrym przedstawiony jest na rys. 15. Wynika z niego, iż najwięcej czasu w ciągu roku w szpitalu spędzają Francuzi, podczas gdy najmniej Nowozelandczycy.

3. Wskaźniki referencyjne wynagrodzeń lekarzy

Przychody lekarzy

Spośród wszystkich lekarzy, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej stanowią grupę najbardziej jednolitą w skali ponadnarodowej; ich zakres działania, rola i pozycja wobec kolegów jest w największym stopniu podobna w poszczególnych krajach, pomimo istniejących różnic. Z tego powodu, dane dotyczące wynagrodzeń tej grupy lekarzy są właściwie jedynymi danymi nt. wynagrodzeń wykorzystywanymi w porównaniach międzynarodowych. Dane z Polski stanowią wartości wynikające z badań poziomu wynagrodzeń różnych grup pracowników, wykonywanych przez Główny Urząd Statystyczny.

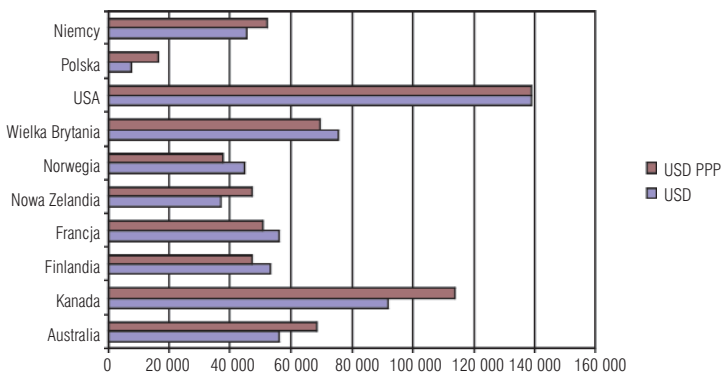
Przychody roczne lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej nominowane w dolarach kształtują się od około 42 tys. w Nowej Zelandii do prawie 160 tys. w Stanach Zjedno-

Tabela. 1. Przychody roczne lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, przeliczone na USD wg kursu wymiany oraz parytetu siły nabywczej (PPP)

	USD PPP	USD
Australia (1, 2, 3)	68 367	55 898
Kanada	114 072	91 720
Finlandia (1)	47 078	53 355
Francja (1)	50 677	55 745
Nowa Zelandia (1, 4)	47 316	36 942
Norwegia (1)	37 835	44 450
Wielka Brytania (1, 5)	69 505	75 297
USA (1)	139 000	139 000
Polska	16 420	7 321
Niemcy (8)	51 893	45 647

(1) OECD Health Data 99, OECD, Paris, 1999, (2) Australian Health Insurance Commission 1998/99, (3) Australian Bureau of Statistics, Employee Earnings and Hours 1998, (4) New Zealand 1996 Census Data, (5) RCGP Information Sheet No 5 April 1999 – Health Service Expenditure, (6) data for Manitoba State, from Manitoba Health Annual Statistics 1997-98, (7) dla Polski za rok 2000, Rocznik Statystyczny RP 2001, GUS, s. 480, (8) ILO, Statistics on occupational wages and hours of work and a food price, Geneva 2001

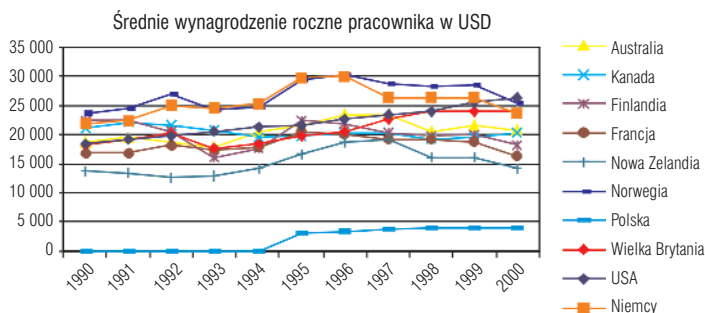
Roczne średnie wynagrodzenie lekarzy (ogólnych)



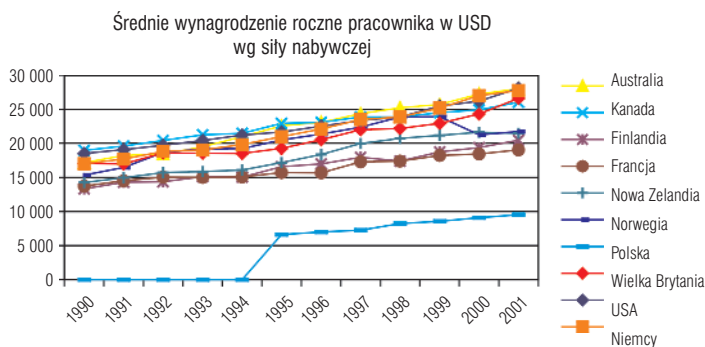
Rysunek 16. Wynagrodzenie roczne lekarza podstawowej opieki medycznej (źródło: patrz wyżej)

czonych. Biorąc pod uwagę siłę nabywczą w poszczególnych krajach, najniższe wynagrodzenie roczne, ponad 37 tys. USD wg przelicznika siły nabywczej, pobierają lekarze w Norwegii, najwyższe w Stanach Zjednoczonych, gdzie wynosi 139 tys. USD/rok. Jeśli przyjąć dane z Polski za oddające choć orientacyjnie poziom wynagrodzeń lekarzy poz, ich roczne dochody stanowią około 7 320 USD wg kursu wymiany (za rok 1999) oraz ponad 16 420,3 USD wg przelicznika siły nabywczej.

Średnie wynagrodzenie pracownika produkcyjnego



Rysunek 17. Średnie wynagrodzenie pracownika produkcyjnego w przemyśle wytwórczym, w ciągu roku, w USD wg kursu wymiany (OECD 2002, Paris)



Rysunek 18. Średnie wynagrodzenie pracownika produkcyjnego w przemyśle wytwórczym, w ciągu roku, w USD wg parytetu siły nabywczej (OECD 2002, Paris)

Powyższe wykresy przedstawiają poziom wynagrodzeń pracowników sfery produkcyjnej, sektora wytwórczego, pomniejszone o podatek dochodowy, zawierające natomiast składową w postaci składki na ubezpieczenia społeczne oraz ewentualne transfery ze środków publicznych dla osoby pracującej na pełny etat, będącej jedynym żywicielem rodziny (z dwójką dzieci w wieku 5–12 lat).

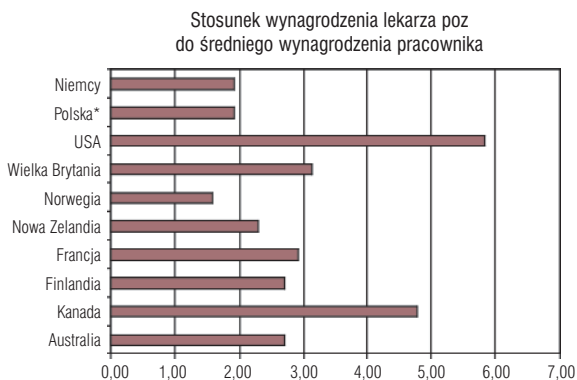
W przeliczeniu na dolary wg kursu wymiany, wynagrodzenie to w Polsce wynosi niecałe 5 000 USD rocznie, w przeliczeniu na USD wg parytetu siły nabywczej wynosi natomiast prawie 10 000 USD. Kwoty te są jednak w dalszym ciągu 2–3-krotnie niższe niż odpowiednie kwoty w porównywanych krajach. W krajach tych najwyższe wynagrodzenia wg parytetu siły nabywczej osiągane są w Stanach Zjednoczonych i Australii. W krajach skandynawskich wynagrodzenia te są stosunkowo wysokie w przeliczeniu na USD wg kursu wymiany, wysoki poziom cen w tych krajach powoduje jednak, że ich siła nabywcza jest zdecydowanie niższa.

Wynagrodzenie lekarza poz w stosunku do wynagrodzenia pracownika produkcyjnego

Tabela. 2. Wynagrodzenie lekarza poz w stosunku do średniego wynagrodzenia pracownika produkcyjnego, w sektorze wytwórczym w roku 1998 (prócz Polski i Niemiec – lata 1999 i 2000)

	Krotność wynagrodzenia
Australia	2,71
Kanada	4,78
Finlandia	2,71
Francja	2,91
Nowa Zelandia	2,28
Norwegia	1,59
Wielka Brytania	3,13
USA	5,82
Polska*	1,91
Niemcy	1,91

Porównując wynagrodzenia lekarzy z wynagrodzeniami pracowników produkcyjnych sektora wytwórczego, można stwierdzić, że najmniejsza różnica, niecałe dwukrotna, występuje w Norwegii, między 2 a 3 razy więcej zarabiają lekarze w Francji, Finlandii, Australii i Nowej Zelandii, ponadtrzykrotnie więcej lekarze brytyjscy, ponadczterokrotnie więcej kanadyjscy, a prawie sześciokrotnie więcej od pracowników

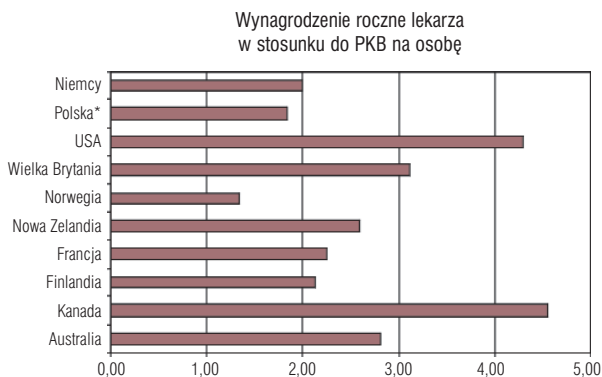


Rysunek 19. Stosunek wynagrodzenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do średniego wynagrodzenia pracownika produkcyjnego w przemyśle wytwórczym, w ciągu roku

produkcyjnych zarabiają lekarze amerykańscy. W Polsce, przy założeniu wiarygodności danych o wynagrodzeniach lekarzy, stosunek ten wynosi niecałe 2, a więc nieco więcej niż w Norwegii, podobnie jak w Niemczech i znacznie mniej niż w pozostałych porównywanych krajach.

Wynagrodzenie roczne lekarza jako odsetek PKB na osobę

Tabela 3. Wynagrodzenie roczne lekarza w stosunku do Produktu Krajowego Brutto na osobę	
	Krotność PKB
Australia	2,81
Kanada	4,56
Finlandia	2,13
Francja	2,24
Nowa Zelandia	2,59
Norwegia	1,33
Wielka Brytania	3,11
USA	4,31
Polska*	1,83
Niemcy	2,00



Rysunek 20. Stosunek wynagrodzenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wielkości rocznego Produktu Krajowego Brutto w danym kraju

Innym wskaźnikiem referencyjnym wynagrodzeń lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej jest stosunek ich wynagrodzeń rocznych do wielkości Produktu Krajowego Brutto w danym kraju. Podobnie jak w przypadku relacji z wynagrodzeniami pracowników produkcyjnych, najniższy stosunek, poniżej 1,5 wartości PKB występuje w Norwegii. Między 2 a 3 razy więcej niż roczny PKB na osobę zarabiają lekarze fińscy, francuscy, australijscy i nowozelandzcy. Ponad trzykrotnie więcej zarabiają lekarze brytyjscy, a ponad czterokrotnie więcej niż roczny PKB kanadyjscy i amerykańscy. Co interesujące, lekarze kanadyjscy zarabiają najwięcej z porównywanych krajów, jeśli odnieść do wielkości Produktu Krajowego Brutto. W Polsce wynagrodzenie lekarza pozostawia niecałą dwukrotność PKB na obywatela, co jest wartością niewiele wyższą niż w Norwegii, a znacznie niższą niż innych porównywanych krajach.

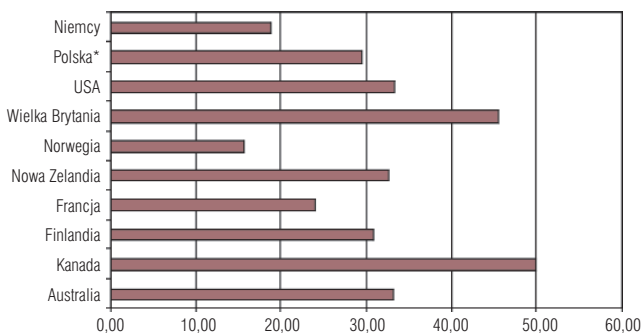
Przychody roczne lekarza jako krotność wydatków na zdrowie z PKB na osobę

Podobny do poprzedniej relacji jest stosunek wynagrodzeń rocznych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do wielkości wydatków na ochronę zdrowia na osobę w ciągu roku w danym kraju. Stosunkowo najniższe wynagrodzenie otrzymują lekarze norwescy, a także niemieccy, najwyższe natomiast przypada lekarzom kanadyjskim i brytyjskim (prawie 50 razy więcej niż wydatki na zdrowie na osobę na rok). W tym zestawieniu lekarze amerykańscy zajmują trzecie miejsce, bardzo blisko kolejnych na liście lekarzy australijskich i tuż przed nowozelandzkimi. Lekarze polscy otrzymują wynagrodzenia, które są średnie w odniesieniu do wydatków na ochronę zdrowia w naszym kraju, plasując nas w tej grupie co Finlandia, Australia, Nowa Zelandia oraz USA.

Tabela 4. Wynagrodzenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w stosunku do wydatków na ochronę zdrowia na osobę na rok

Krotność wydatków na zdrowie	
Australia	33,21
Kanada	49,93
Finlandia	30,79
Francja	24,03
Nowa Zelandia	32,63
Norwegia	15,51
Wielka Brytania	45,52
USA	33,27
Polska*	29,40
Niemcy	18,88

Wynagrodzenia lekarza w stosunku do wydatków na ochronę zdrowia



Rysunek 21. Stosunek wynagrodzenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej do wielkości rocznych wydatków całkowitych na zdrowie, w przeliczeniu na osobę w danym kraju