

Jak płacić lekarzowi?



Nowa inicjatywa
Naczelnej
Izby Lekarskiej

Adam Kozierkiewicz, Konstanty Radziwiłł

Problem konieczności opracowania systemu obiektywnej wyceny wysiłków lekarzy dostrzegł już V Krajowy Zjazd Lekarzy w 1997 r. Ze względu na trudność zagadnienia dopiero we wrześniu 2002 r. Naczelna Izba Lekarska przystąpiła do wykonania jego uchwały, dotyczącej opracowania systemu wartościowania pracy lekarzy. Propozycja realizacji tych zamierzeń przedstawiona została w publikacji pt. *System wartościowania pracy lekarzy*, wydanej na zamówienie Naczelnej Izby Lekarskiej z okazji VII Krajowego Zjazdu Lekarzy w Toruniu.

Środowisko lekarskie od dłuższego czasu wyrażało potrzebę właściwej oceny i określenia poziomu wynagrodzeń, odczuwając dyskomfort i frustrację spowodowaną nieadekwatnymi płacami w publicznej służbie zdrowia. Pomimo że w ostatnich latach nastąpiła znaczna zmiana organizacyjna w ochronie zdrowia, a znaczna część lekarzy pracuje już we własnych podmiotach, praktykach i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, potrzeba wartościowania pracy lekarskiej nie zmniejszyła się. Wręcz przeciwnie, można uznać, że wielość form i sposobów podejmowania pracy wywołuje jeszcze większą potrzebę opracowania spójnego i dobrze udokumentowanego sposobu wyceny pracy lekarzy. Próby (szybkiego) opracowania takiego systemu, ze względu na złożoność zagadnienia, są z góry skazane na niepowodzenie. Jest jednak w Stanach Zjednoczonych uniwersalne rozwiązanie dotyczące wyceny pracy lekarzy. Wysiłek, jaki włożono w tworzenie tego systemu w USA jest niemożliwy do powtórzenia w żadnym innym kraju świata; w ciągu 15 lat na rozwój systemu wydano 150 mln USD, a w prace zaangażowano tysiące specjalistów, weryfikujących ze wszystkich możliwych punktów widzenia tak zawartość merytoryczną katalogu (listę procedur), jak i wycenę poszczególnych pozycji.

System ten szczegółowo wartościuje procedury wykonywane przez lekarzy, a opiera się na ocenie wysiłku lekarza, koniecznych kompetencji i poziomu wykształcenia, stresu i innych elementów ściśle związanych z osobą lekarza. Wartościowanie to abstrahuje od kosztów niebędących pracą lekarza (np. koszty materiałów), a tym samym jest uniwersalne w zastosowaniu i niewrażliwe na różnice geograficzne i występujące w czasie.

Może on służyć do negocjowania stawek wynagrodzenia lekarzy z ich pracodawcami w postaci kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej, ale także do ustalania stawek kontraktów zawieranych pomiędzy płatnikiem (publicznym lub niepublicznym) a zakładem lub praktyką lekarza. W tym drugim przypadku konieczne jest jednak dodanie kosztów praktyki, niebędących pracą lekarza.

Podstawowe założenia systemu wartościowania pracy lekarzy są następujące:

a) system jest narzędziem oceny i wartościowania pracy lekarza, związanej z konkretną czynnością wykonywaną przez lekarza i wyrażony jest w punktach

Jest to narzędzie szczegółowo wartościujące poszczególne czynności lekarskie (oraz część takich, które wykonywane mogą być przez inny personel ochrony zdrowia). System ten posługuje się katalogiem procedur medycznych, złożonym z ok. 8 000 pozycji i każda z nich została wyceniona w punktach.

b) narzędzie może być stosowane w formie systemu fee-for-service w relacjach między płatnikiem a indywidualnie praktykującym lekarzem, a także jako narzędzie oceny i monitorowania produktywności lekarzy w ramach większych organizacji

Proponowane narzędzie, w zależności od wersji, może być stosowane jako:

- podstawa systemu finansowania świadczeń lekarskich przez publicznego płatnika,
- narzędzie monitorowania obciążenia pracą poszczególnych członków zespołów lekarskich,
- narzędzie wspomagające systemy wynagradzania lekarzy w dużych jednostkach opieki zdrowotnej (szpitalach),
- narzędzie wspomagające ustalanie standardów oraz tzw. koszty świadczeń zdrowotnych.

c) narzędzie pozwala na wartościowanie pracy lekarza, niezależnie od zużycia innych zasobów koniecznych do wytworzenia usługi, takich jak koszty prowadzenia praktyki, w tym utrzymania lokalu, materiałów zużywalnych, w tym leków, koszty zatrudnienia innych osób personelu i innych

W swojej podstawowej części system wartościuje pracę lekarzską w oderwaniu od zużycia zasobów związanych z prowadzeniem praktyki, pracy innych osób towarzyszących lekarzowi w wykony-

waniu danej usługi i innych kosztów niebezpośrednio związanych z pracą lekarza. Wartościowanie pracy lekarza opiera się na ocenie takich elementów, jak techniczne umiejętności lekarza wykonującego daną procedurę, fizyczny i psychiczny wysiłek związany z jej wykonywaniem, umiejętności konieczne do dokonywania oceny klinicznej przypadku i stres związany z ryzykiem dla pacjenta, związanym z wykonywaniem danej procedury.

d) narzędzie to oparte jest na doświadczeniach American Medical Association (AMA) i Health Care Financing Administration (HCFA), jako najbardziej dojrzałych i dopracowanych spośród istniejących na świecie

Proponowane narzędzie jest wynikiem kilkunastoletniej pracy wielu zespołów zorganizowanych przez HCFA (później CMS), przy aktywnym udziale AMA. Dokumentacja tego narzędzia pozwala na prześledzenie kolejnych etapów jego rozwoju i wykorzystanie poszczególnych jego elementów wg potrzeb i przyszłych zastosowań. Pozwala również na dokonanie odpowiednich adaptacji w razie wystąpienia takiej potrzeby.

System wartościowania pracy lekarzy oparty jest na narzędziach stworzonych przez AMA (odpowiednik Izby Lekarskiej w USA) wraz z HCFA (administracja publicznej opieki zdrowotnej w USA). System bazuje na doświadczeniach amerykańskich, lecz ze względu na swoją konstrukcję może być, w części dotyczącej pracy lekarzy, zastosowany z powodzeniem poza Stanami Zjednoczonymi; abstrahuje bowiem od sposobu finansowania opieki zdrowotnej, a wycenia pracę lekarską, która w każdych warunkach jest, w odniesieniu do danej procedury medycznej, taka sama.

Personel szpitali w Stanach Zjednoczonych jest w większości zatrudniony na etatach, za wyjątkiem lekarzy kontraktowych, prowadzących własne praktyki i w części wykonujących usługi na terenie szpitala. W USA nie ma krajowych reguł, dotyczących ustalania poziomu wynagrodzeń personelu szpitali, za wyjątkiem lekarzy opłacanych *fee-for-service*, którzy używają systemu CPT-4 (*Current Procedural Terminology*) jako narzędzia ustalania stawek za swą pracę.

CPT służy do klasyfikowania procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy, niezależnie od tego, w jakich okolicznościach i w jakiej instytucji są wykonywane. Procedury z zakresu CPT odnoszą się do czynności wykonywanych przez pojedynczą osobę, lekarza, niezależnie od tego, jak wiele osób uczestniczy w wykonywaniu tych procedur. Podejście to ma znaczenie szczególnie w kontekście wyceny kosztów tych procedur czy wartościowania pracy lekarza jako pracownika instytucji.

CPT jest tworem AMA; organizacji zrzeszającej ponad 95 proc. lekarzy amerykańskich. CPT jest na bieżąco, w trybie corocznym, nowelizowana przez AMA, odzwierciedlając postęp w medycynie i zastosowanie coraz to nowych technologii medycznych. Terminologia CPT, w odróżnieniu od tej używanej w znanej w Polsce ICD-9-CM jest bardziej zbliżona do terminologii klinicznej, niż kategorii statystycznych i klasyfikacyjnych. Z tego powodu z jednej strony jest ona łatwiejsza do użycia dla personelu medycznego i administracyjnego jednostek ochrony zdrowia, z drugiej strony jednak jej struktura jest mniej sformalizowana i w mniejszym stopniu hierarchiczna. Jest natomiast doskonałym narzędziem do zapisu informacji klinicznej i rozliczeniowej. Kody CPT są 5-znakowe, cyfrowe i ich liczba aktualnie oscyluje wokół 7 800. Corocznie poszczególne pozycje są weryfikowane i czasem usuwane, w ich miejsce (z innymi kodami) wprowadzane są nowe pozycje.

Istotną cechą CPT jest to, że nazwa procedury określa jej charakter, a jednocześnie technikę wykonania, np. *apendektomia laparoskopowa*. Jest to bardzo jednoznaczny sposób zapisu danych. Ta cecha CPT pozwala na szacowanie kosztów poszczególnych procedur medycznych w jednoznaczny sposób.

Od roku 1992 Medicare (publiczny amerykański system opieki nad osobami starszymi) wprowadził standaryzowany system płatności dla lekarzy, oparty na skali punktowej opartej na zużyciu zasobów o nazwie *Resource-Based Relative Value System* (RBRVS). Obecnie ze skali tej korzysta także większość ubezpieczycieli prywatnych w USA. W RBRVS wartość punktowa procedur medycznych jest określona

w oparciu o badania kosztów wytworzenia tych procedur. Koszty wykonania każdej z procedur podzielone zostały na 3 komponenty:

- pracę lekarza,
- zużycie zasobów praktyki związane z daną procedurą oraz
- koszty związane z odpowiedzialnością (koszty ubezpieczenia).

W całości stawki za wykonanie danej usługi wyliczonej w RBRVS praca lekarza stanowi średnio 55 proc. wartości. Pierwotne wyliczenia tej wartości oparte były na pracach zamówionych przez HCFA w Szkole Zdrowia Publicznego *Harvard University*, w których podwykonawcą było także AMA. W wyniku prac koncepcyjnych, weryfikowanych przez wielostronne konsultacje, stworzono model wartościowania pracy lekarskiej, w którym brane były pod uwagę takie czynniki, jak:

- techniczne umiejętności lekarza wykonującego daną procedurę,
- wysiłek fizyczny związany z jej wykonywaniem,
- wysiłek psychiczny związany z jej wykonywaniem,
- konieczne umiejętności dokonywania oceny klinicznej przypadku,
- stres związany z ryzykiem dla pacjenta, związanym z wykonywaniem danej procedury.

Sformułowanie koncepcji wyceny pracy lekarza było wstępem do wielokrotnie powtarzalnych metod wyceny tej pracy w stosunku do poszczególnych procedur z katalogu CPT. W tym celu poszczególne specjalności lekarskie nominowały tzw. *Technical Consulting Groups*, które w ramach danej specjalności ważyły poszczególne procedury pod kątem obciążenia i wymagań w stosunku do lekarza. Przy okazji tych czynności konieczne było zdefiniowanie wszystkich elementów pracy lekarzy, jakie towarzyszą danej procedurze, co doprowadziło do określania zakresu pracy *przed wykonaniem procedur, w czasie wykonywania procedury oraz po wykonaniu danej procedury*.

Wzór przeliczający wagi punktowe Medicare na wartości finansowe w danym roku w stosunku do danego obszaru wygląda zatem następująco:

$$\text{CPT}(\$) = \{[\text{RVU}(p) \times \text{GPCI}(p)] + [\text{RVU}(px) + \text{GPCI}(px)] + [\text{RVU}(o) + \text{GPCI}(o)]\} \times \text{przelicznik krajowy}$$

gdzie:

- CPT(\$)
- RVU(p) – wartość punktowa kosztów pracy lekarza
- GPCI(p) – przelicznik geograficzny kosztów pracy lekarza
- RVU(px) – wartość punktowa kosztów prowadzenia praktyki
- GPCI(px) – przelicznik geograficzny kosztów prowadzenia praktyki
- RVU(o) – wartość punktowa kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC)
- GPCI(o) – przelicznik geograficzny kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC)

przelicznik krajowy – ustalany raz do roku przelicznik krajowy, który w roku 2002 wynosił 36,1992 USD.

W rezultacie płatność, jaką otrzymuje lekarz w ramach tego systemu jest sumą następujących elementów:

- jednolitych w skali kraju wartości punktowych poszczególnych procedur medycznych CPT,
- geograficznie zróżnicowanych przeliczników dla wszystkich usług lekarskich,
- jednolitego w skali kraju przelicznika w danym roku dla punktów skali RBRVS.

Przeliczniki pozwalają na wyrażenie wartości każdej z procedur CPT w jednostkach monetarnych dla danego obszaru i w danym roku.

GPCI jest przelicznikiem odnoszącym kolejno: koszty pracy lekarzy, prowadzenia praktyki oraz odpowiedzialności cywilnej, w danym obszarze geograficznym, w stosunku do średniej krajowej w tych obszarach.

Propozycja wartościowania usług wykonywanych przez lekarzy i instytucje ich zatrudniające, wg ogólnokrajowego schematu oparte-

go na zużyciu zasobów, była obecna w różnych badaniach już od 1987 r. Pierwsze próby szacowania kosztów wytworzenia świadczeń lekarskich podejmował dr William Hsiao już w roku 1979, próbując dokonać oceny wysiłku lekarzy w wykonywaniu 27 procedur medycznych. Jednym z wyników tego wstępnego badania było stwierdzenie, że lekarze mają trudności z wartościowaniem procedur wychodzącym poza czas ich wykonania. Na podstawie tego wstępnego badania w roku 1985 HCFA zamówiła wykonanie badania RBRVS w stosunku do czynności i procedur wykonywanych przez 12 specjalności lekarskich, takich jak anestezjologia, medycyna rodzinna, chirurgia, internista, ginekologia i położnictwo, okulistyka, ortopedia, laryngologia, patologia, radiologia, torako- i kardiokirurgia, urologia. Sześć kolejnych specjalności zostało włączonych do badania na życzenie i zamówienie ich specjalistycznych towarzystw, a były to: alergologia i immunologia, dermatologia, chirurgia szczękowa, pediatria, psychiatria i reumatologia. W roku 1990 Kongres USA zalecił rozszerzenie badania na kolejnych 15 specjalności i podspecjalności oraz przeanalizowanie procedur, które nie występowały w CPT, a powinny znaleźć się w ostatecznym systemie rozliczania Medicare, dodając w ten sposób do analizy 800 kategorii procedur.

W ciągu całego tego procesu AMA było aktywną stroną, z jednej strony uczestnicząc w określaniu kierunków rozwoju systemu, z drugiej służąc jako platforma porozumienia i wartościowania procedur pomiędzy specjalnościami.

W ten sposób dokonano wartościowania 800 procedur medycznych w 15 specjalnościach. Na podstawie tak ocenionych procedur dokonano w kilkudziesięciu mniejszych grupach eksperckich ekstrapolacji uzyskanych danych do pozostałych procedur, pogrupowanych w kategorii podobnych pozycji. Całość pracy została szeroko zaprezentowana i poddana dyskusji środowiska. W rezultacie tej dyskusji przygotowano kilka dodatkowych analiz uzupełniających lub poprawiających wypracowane estymacje, m.in. kardiokirurdzy zamówili osobną analizę, generalnie potwierdzając osiągnięte wcześniej wyniki.

Cały system jest utrzymywany w użytku od kilku lat, a dla utrzymania jego aktualności powołane zostały określone inicjatywy, tak ze strony administracji *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS), jak i kontrpartniera w negocjacjach – AMA. W tym podziale pracy CMS zobowiązany jest do:

- ustalania corocznej wartości punktu oraz jego wag geograficznych, do celów rozliczania pracy lekarskiej w ramach kontraktów Medicare,
- weryfikacji co 5 lat całości skali punktowej w każdej z części systemu,
- wprowadzania do systemu RBRVS procedur i usług nie wykonywanych przez lekarzy ani pod ich bezpośrednim nadzorem.

Z kolei AMA wykonuje:

- coroczne uzupełnienie i weryfikację katalogu procedur CPT zgodnie z występującymi trendami w praktyce klinicznej i postępem technologii medycznych,
- weryfikację i analizę proponowanych przez CMS wartości punktów oraz ich skal.

Zastosowanie RBRVS jako systemu wartościowania pracy lekarza

Przegląd istniejących systemów oceny i wartościowania pracy lekarza stosowanych w różnych krajach nasuwa wniosek, iż system opracowany i wdrożony w pełni pod koniec lat 90. w programie Medicare w USA, jest najbardziej dojrzałym i najlepiej udokumentowanym systemem, który mógłby być zastosowany jako narzędzie systemu wartościowania pracy lekarskiej.

Cechy, które wskazują, że system dobrze nadaje się do zastosowania w Polsce są następujące:

- system posługuje się obszernym katalogiem procedur medycznych, na tyle szczegółowych i rozdrobnionych, że abstrahują od schematów postępowania i prowadzenia czynności medycznych w poszczególnych krajach czy środowiskach; innymi słowy – są na tyle

uniwersalne, że mogą być z łatwością zastosowane w każdym kraju, w tym w Polsce,

- wspomniany katalog procedur jest wykorzystywany w wielokulturowym środowisku Stanów Zjednoczonych z powodzeniem od wielu lat. Jest on też corocznie aktualizowany i uzupełniany o procedury i techniki ich wykonania, jakie w poprzednim roku zostały wprowadzone na najbardziej innowacyjny rynek medyczny, jakim jest rynek w USA,
- system jest wspierany przez AMA, odpowiednik Izby Lekarskiej w USA, która jest jego właścicielem i gospodarzem. Doświadczenia AMA mogłyby zostać w dobry sposób spożytkowane do wzmocnienia roli Izby Lekarskiej w negocjacjach z publicznym płatnikiem, jak to ma miejsce w USA w przypadku AMA,
- system wartościowania składający się z trzech elementów: pracy lekarza, kosztów praktyki i kosztów ubezpieczenia jest na tyle elastyczny, że można, wykorzystując wybrane części, oderwać się od realiów ekonomicznych poszczególnych krajów,
- w dziedzinie pracy lekarza system posługuje się liczbami punktów, określonych w wyniku procesów wielokrotnych powtórzeń poszczególnych grup lekarzy-specjalistów, które to punkty ilustrują proporcje kosztów poszczególnych procedur wzajemnie w stosunku do siebie. Proporcje te odzwierciedlają stopień trudności wykonania danej procedury, poziom niezbędnej kompetencji i biegłości, ryzyka popełnienia błędu, stresu oraz wysiłku fizycznego, a także czasu pracy poświęconego na wykonanie tej procedury,
- wycena punktowa poszczególnych procedur była przedmiotem długotrwałego procesu oceny, trwającego od 1985 r., na który to proces wydano w USA dziesiątki milionów dolarów rządowych dotacji i grantów badawczych. Wycena ta jest także przedmiotem weryfikacji, która zgodnie z prawem ma się odbywać co 5 lat. Powtórzenie porównywalnego wysiłku badawczego w którymkolwiek kraju na świecie, w szczególności w Polsce jest mało prawdopodobne,
- system oparty jest na klasyfikacji procedur medycznych CPT-4, będący własnością AMA, który został w wieloraki sposób powiązany z używaną w Polsce klasyfikacją ICD-9-CM i będzie się w dalszym ciągu rozwijał i uaktualniał w powiązaniu z tą klasyfikacją,
- system jest wykorzystywany w USA nie tylko w relacjach z płatnikami, tak publicznymi, jak i prywatnymi firmami ubezpieczeniowymi, ale również jako narzędzie wewnętrznej oceny produktywności poszczególnych osób personelu lekarskiego. W ten sposób może być niezwykle przydatny jako narzędzie wspomagające zarządzanie praktykami grupowymi, które z definicji narażone są na silne konflikty wewnętrzne i jak pokazują doświadczenia, często nie wytrzymują ciśnienia odśrodkowych.

Wnioski

System RBRVS, stanowiąc system wartościowania lekarzy może stanowić istotne narzędzie w procesie wynagradzania lekarzy w Polsce.

Narzędzia te winny pozostawać w zakresie wpływu Naczelnej Rady Lekarskiej i winny być administrowane przez Naczelną Izbę Lekarską. W tym celu zdecydowano o rozpoczęciu adaptacji systemu CPT-4 wraz z RBRVS do warunków polskich. Obecnie dobiegają końca ustalenia w sprawie umowy z AMA w sprawie przekazania Naczelnej Izbie Lekarskiej praw do rozpoczęcia tego procesu. Według zamierzeń NIL składać się on będzie z:

1. Podpisania umowy z *American Medical Association*, nadającej prawo do tłumaczenia oraz publikowania klasyfikacji CPT-4 i towarzyszących materiałów (instrukcji kodowania, tabel transkodowania do ICD-9-CM i innych klasyfikacji) Naczelnej Izbie Lekarskiej.
2. Dokonania tłumaczenia systemów CPT i RBRVS oraz przeprowadzenie pilotażu przed ostatecznym sporządzeniem adaptowanej wersji o nazwie CPT-P (*Current Procedural Terminology – Polska*).
3. Podjęcia starań o wprowadzenie do systemu prawnego oraz praktyki działania Narodowego Funduszu Zdrowia i innych publicznych oraz niepublicznych płatników usług zdrowotnych systemu CPT-P jako narzędzia wyceny pracy lekarzy. ■