

„ Kiedy uzyskamy produkt końcowy, będziemy mogli pójść do NFZ i dać mu prezent. Albo – jeśli prace potrważą około 2 lat – pójdziemy już do innego, prywatnego płatnika ”

# Lista płac

Rozmowa z Konstantym Radziwiłłem

## Jest Pan lekarzem, ile jest warta Pana praca?

Gdybym pracował w USA, to łatwo można by to wyliczyć, a u nas... po prostu nie wiem. Dlatego Naczelna Izba Lekarska postanowiła opracować system wartościowania pracy lekarzy.

**Czy nie prościej uznać, że lekarz – podobnie jak człowiek pracujący w innym zawodzie – jest wart tyle, ile ktoś, płatnik, chce mu zapłacić? Niech decyduje rynek.**

Ustalając wynagrodzenie i tak pracodawca wykonuje proces myślowy, ocenia przydatność pracownika, jego wysiłek, wkład pracy itd. Ustalenie pensji nie bierze się z *sufitu*. A na świecie nie ma obecnie systemu ochrony zdrowia – włączając w to USA – w którym obowiązywałyby jedynie prawa wolnego rynku. Okazuje się, że państwo musi wziąć przynajmniej część odpowiedzialności za ochronę zdrowia obywateli. Jeśli rynek, to przynajmniej częściowo regulowany. Aby te regulacje były możliwe, to m.in. potrzebny jest system wartościowania pracy lekarza, o którym mówimy.

**Przyjmiecie system obowiązujący w USA. Nie można było opracować własnego?**

W Ameryce nad jego opracowaniem pracuje się od końca lat 30. XX wieku, wydano nań setki milionów dolarów, a więc wszyscy, którzy zakładają, że mogliśmy tę drogę przebyć szybko sami, chyba nie wiedzą, co mówią.

**Jesteśmy w Europie, dlaczego sięgamy po system zza oceanu?**

Poszukiwaliśmy go również w Europie. Nawet przymierzaliśmy się do systemu opracowanego w Szwajcarii, ale właściciele włożyli w pracę nad nim taki ogrom pracy i pieniędzy, że nawet słyszeć nie chcieli o odstąpieniu go nam za darmo.

**A Amerykanom nie zależy na wynagrodzeniu?**

Otrzymujemy wszystko za darmo. Widocznie Amerykańskiemu Towarzystwu Lekarskiemu zależy, aby ich system był znany i stosowany również za granicą. To kwestia prestiżu i możliwości dalszej współpracy. Jeśli system przyjmie się w Polsce, to będziemy ciągle go aktualizowali. W Stanach jest specjalne ciało, grupa fachowców, którzy wspierani przez stu kilkudziesięciu specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny co kwartał aktualizują dane zawarte w katalogu. Wpisują nowe procedury, albo zdejmują z listy procedury nieskuteczne.

**Co oceniane jest przez ten system?**

System wartościowania pracy lekarzy składa się z dwóch części. Pierwsza część ma charakter ściśle medyczny – składa się z procedur, ich opisu, nawet z rysunkami pokazującymi sposób wykonania procedury, a druga – z wyceny poszczególnych procedur. W USA w oparciu o te księgi pracuje zarówno publiczny płatnik, jak i 90 proc. świadczeniodawców prywatnych.

**Jak wycenia się koszty określonej procedury?**

Wycena składa się z 3 części. Pierwsza to wysiłek (fizyczny, psychiczny itd.) lekarza, druga – wysiłek techniczny (np. jak długo jest zaangażowana sala operacyjna, ile urządzeń i jak długo trzeba używać itd.) i trzecia – jaki jest koszt ubezpieczenia danej procedury. To wyliczenie modyfikuje się potem w opar-

ciu o mnożniki, mające przede wszystkim charakter geograficzny (w Polsce również koszty wykonywania określonych świadczeń w Warszawie i w małej miejscowości są inne). Otrzymuje się w ten sposób określoną liczbę punktów. Potem wystarczy jedynie negocjować cenę punktu.

**Czy nie będzie problemu z tym, że nie mamy własnej listy procedur? Czy proporcje kosztów między poszczególnymi procedurami w Polsce i w USA nie będą się zasadniczo różnić?**

Niewielkie różnice mogą występować i dlatego oryginalne katalogi nie tylko przetłumaczymy, ale także zmodyfikujemy je wg sugestii odpowiednich dla danej dziedziny specjalistów (będzie się to dokonywać także podczas przewidywanego pilotażu, mającego na celu sprawdzenie i dostosowanie katalogu do warunków polskich). Ale właśnie przyjęcie tego systemu pomoże nam w ustaleniu listy obowiązujących procedur. Wiele problemów, które mamy, wynika właśnie ze złych katalogów kontraktowania. A więc, kiedy uzyskamy produkt końcowy, będziemy mogli pójść do NFZ i dać mu prezent. Albo – prace potrważą ok. 2 lat – pójdziemy już do innego, prywatnego płatnika. I nie obawiamy się, żeby proporcje kosztów między procedurami w Polsce i USA różniły się zasadniczo, bo niby dlaczego miałyby tak być?

**System wartościowania może przydać się przy opracowywaniu standardów, nawet koszyka świadczeń gwarantowanych, przy ustalaniu refundacji publicznych i prywatnych, ale lekarzy najbardziej interesuje, co oni będą z tego mieli.**

Może posłużyć on również do konstruowania systemu wynagradzania wewnętrznego w szpitalach. Lekarz będzie widział, że jego dochód nie zależy od sztywnej pensji, ale np. od liczby wykonywanych poważnych zabiegów.

**Lekarze w tym systemie będą zarabiali mniej czy więcej?**

Najpierw zostaną ustalone proporcje punktowe, a potem ustali się wartość punktu. Od liczenia wartości procedur pieniądze ani nie przybędzie, ani nie ubędzie, zmienią się jedynie proporcje. Będzie jednak łatwiej wykazywać niepodważalne rzeczywiste koszty świadczeń zdrowotnych wobec płatników.

**Czy nie obawia się Pan, że wprowadzenie tego systemu spowoduje spory między specjalistami?**

Zawsze odbywa się to w trakcie ostrych dyskusji. W Szwajcarii tamtejszy samorząd lekarski przyjął system wartościowania w referendum, w którym 60 proc. lekarzy było za, a 40 przeciw. W USA i innych krajach stosujących podobne systemy są prowadzone ciągle dyskusje między lekarzami różnych specjalności. U nas też nie da się tego uniknąć.

**A więc, kiedy?**

Mamy już wstępną zgodę, aby rozpocząć tłumaczenie i dostosowywanie do naszych potrzeb pierwszej części – ginekologiczno-położniczej. Następnie wybierzemy grupę świadczeniodawców szpitalnych i prowadzących przychodnie w celu ewaluacji systemu w tej części. Gdy doświadczenia będą pomyślne, przetłumaczymy i opracujemy resztę. Jeśli nie wystąpią nieprzewidziane przeszkody, to cały proces oceniam na ok. 2 lata.

(Rozmawiał MJ)