

# Okładka Kozierkiewicz

W powszechnym odczuciu środowiska medycznego, poziom wynagrodzeń lekarzy w polskim systemie ochrony zdrowia jest nieadekwatnie niski. Do końca lat 80. wśród lekarzy dominowała forma zatrudnienia na etatach w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Działalność prywatna, w formie spółdzielczości lekarskiej czy praktyk indywidualnych, stanowiła margines. Jednocześnie, już w tym czasie w świadomości społecznej funkcjonował stereotyp lekarza, który zawsze sobie poradzi, lekarza, który w bardziej lub mniej etyczny sposób jest w stanie dorobić do niskich oficjalnych zarobków.

W latach 90., wraz z reformami ekonomicznymi w kraju, zaczął się proces masowego powstawania indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich, niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, przy względnym zastoju spółdzielczości lekarskiej. Od połowy lat 90. lekarze działający prywatnie, czy to w formie praktyk indywidualnych i grupowych, czy też w formie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, zaczęli być włączani w system publicznej opieki zdrowotnej poprzez umowy cywilnoprawne z płatnikami publicznymi. Równocześnie stopniowo zmniejszało się zatrudnienie w zakładach opieki zdrowotnej, co w szczególnym stopniu dotyczyło lekarzy stomatologów.

Jednocześnie w ciągu lat 90. następowało znaczne zróżnicowanie poziomu dochodów poszczególnych grup społecznych. Generalnie wyższe wynagrodzenia zaczęli uzyskiwać przedstawiciele zawodów wymagających wysokich specjalistycznych kompetencji: prawnicy, ekonomiści, informatycy i różnych rodzajów zawodów inżynierskich. W powszechnym odczuciu środowiska medycznego lekarze byli wyłączeni z tego procesu, w znacznym stopniu z powodu uzyskiwania większości swoich dochodów z publicznego sektora ochrony zdrowia. Publiczny sektor ochrony zdrowia z kolei stanowił wprost sferę zależną od budżetu państwa, tzw. sferę budżetową.

W roku 1999 zmiana systemu ochrony zdrowia na ubezpieczeniowo-budżetowy nie spowodowała radykalnej zmiany sytuacji ekonomicznej pracowników systemu, mimo że można było zauważyć poprawę dochodów uzyskiwanych w niektórych sektorach usług zdrowotnych czy instytucjach systemu. Nie zmieniły się zasadniczo ograniczenia kwotowe finansów dostępnych w systemie, zmienił się natomiast istotnie sposób organizacji systemu, w tym organizacji miejsc pracy lekarzy; przestały obowiązywać ograniczenia formalne dotyczące zarobków lekarzy, w szczególności dlatego, że duża część jednostek opieki zdrowotnej stała się prywatna, a samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej przestały być ograniczane sztywnymi schematami wynagrodzeń.

Jednocześnie politycy decydujący o systemie opieki zdrowotnej w Polsce konsekwentnie utrzymywali, iż sektor publicznej opieki zdrowotnej jest zobowiązany do

zapewnienia uprawnionym obywatelom RP (stanowiącym niemalże 100% populacji), wszechstronnej opieki zdrowotnej, na najwyższym poziomie wiedzy medycznej. Większość prób sprecyzowania zakresu świadczeń przysługujących uprawnionym obywatelom RP kończyła się niepowodzeniem; aktywnie sformułowano w ostatnich latach jedynie kilka wycinkowych list świadczeń przynależnych czy też nienależnych ze środków publicznych.<sup>1</sup>

Skojarzenie ograniczeń kwotowych dotyczących finansów i w konsekwencji wynagrodzeń lekarzy, z deklaratywną powszechnością pełnego i bezpłatnego dostępu do świadczeń medycznych, spowodowało ogromne napięcia w systemie.

Zbliżająca się akcesja do Unii Europejskiej jeszcze je pogłębi. Pacjenci uzyskują bowiem prawo do świadczeń medycznych w trakcie pobytu za granicą. Co prawda istnieje kilka warunków koniecznych, by uzyskiwać te świadczenia, tym niemniej kolejne orzeczenia Trybunału Luksemburskiego oraz inwencja obywateli polskich zapewne spowodują istotny przepływ polskich pacjentów do zagranicznych ośrodków leczniczych, podczas gdy koszty tego przepływu spadną na publicznego płatnika w Polsce. Z drugiej strony lekarze uzyskują pełne i nieograniczone formalnie możliwości zatrudnienia za granicą, a także pracy w kraju na rzecz zagranicznych pacjentów. W ostatnich latach obserwuje się dużą aktywność zagranicznych ośrodków i administracji różnych krajów UE w poszukiwaniu wykwalifikowanych pracowników medycznych w Polsce. Po akcesji ten trend będzie się zapewne rozwijał, po części z powodu zniesienia wielu formalnych ograniczeń, a także z powodu zwiększenia wiarygodności Polski i polskich obywateli w percepcji obywateli krajów UE.

W tej sytuacji konieczne jest spowodowanie, aby lekarze, jak i inne grupy zawodowe w ochronie zdrowia, mogli pracować w zadowalających warunkach oraz by systemy wynagradzania za pracę w tym sektorze sprzyjały efektywności oraz transparentości.

W tym celu między innymi podjęta została praca nad systemem wartościowania pracy lekarskiej w Polsce.

Proponowany system wartościowania pracy lekarzy w Polsce składa się z dwóch Filarów, które mogą być wykorzystywane odrębnie lub wspólnie.

#### **Filar I systemu określa pożądane poziomy wynagrodzeń grupy zawodowej lekarzy, uzyskiwane w ciągu roku.**

Filar I dostarcza argumentów oraz określa punkt odniesienia wynagrodzeń lekarzy w Polsce do takich elementów otoczenia, jak Produkt Krajowy Brutto, wynagrodzenia lekarzy w innych krajach, wynagrodzenia innych porównywalnych grup zawodowych oraz ich relacje wzajemne.

Filar I służyć może w przyszłości, wzorem podobnych procesów w krajach UE i USA, jako element negocjacyjny w procedurze określania wydatków publicznym w systemie ochrony zdrowia oraz sposobów finansowania świadczeń zdrowotnych.

**Filar II systemu proponuje skalę punktową oraz kwotową, odniesioną do poszczególnych procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy.**

Filar II proponuje szczegółowe wartościowanie poszczególnych procedur i usług wykonywanych przez lekarzy, oparte 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.

Filar II może służyć do negocjowania stawek wynagrodzenia lekarzy z ich pracodawcami, w postaci kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej, ale także w ustalaniu stawek kontraktów zawiązywanych pomiędzy płatnikiem (publicznym) a praktyką lekarza. W tym drugim przypadku konieczne jest jednak dodanie kosztów praktyki, niebędących pracą lekarza.

## 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.<sup>2</sup>

Stąd określenie „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 pożądany 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 postępowanie 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 zależy 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.

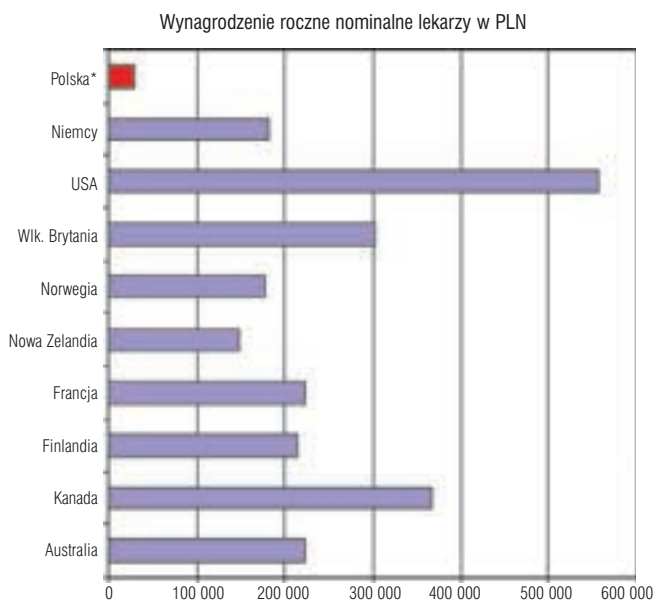
Poziom wynagrodzeń poszczególnych grup lekarzy znacznie się od siebie różni w poszczególnych krajach, co z kolei jest wyrazem:

- 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.

### 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 osiągniętych 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.

Ryc. 1. przedstawia różnice nominalnych wynagrodzeń, jakie występują w Polsce i porównywanych kra-



Ryc. 1. Poziom wynagrodzeń rocznych lekarzy w wartościach nominalnych, wyrażony w PLN

jach. Decyzje o wyjeździe na stałe lub na określony czas za granicę, jakie podejmowane są w środowisku lekarzy, warunkowane są właśnie tymi różnicami.

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.

Jak widać na ryc. 2., roczne wynagrodzenie lekarza w Polsce stanowi 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.

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.

Z kolejnego wykresu (ryc. 3.) 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.

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.

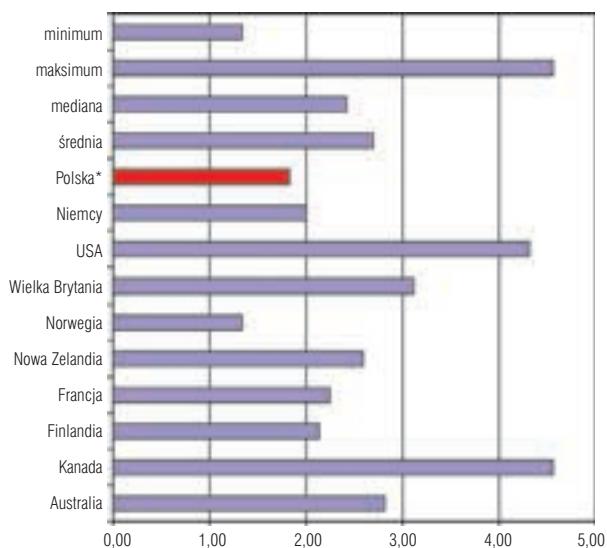
Jeśliby za punkt odniesienia przyjąć wielkości wynagrodzeń lekarzy w innych krajach w stosunku do PKB tych krajów, wynagrodzenia lekarzy polskich jawią się, jak przedstawiono na ryc. 4.

Tab. 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

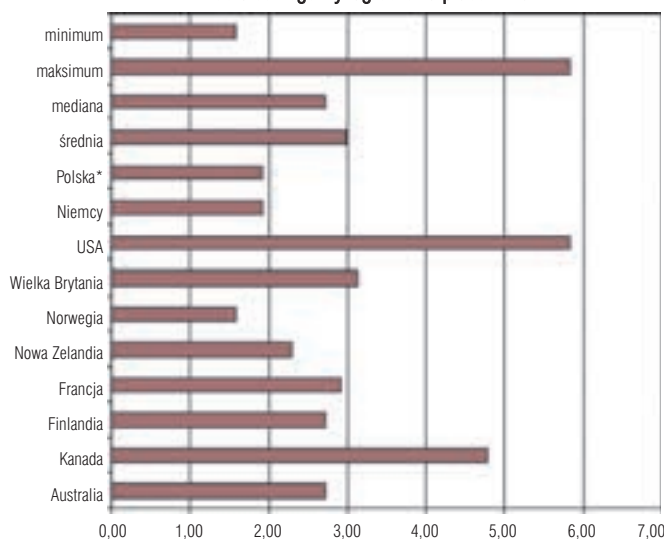
**Postulowane wielkości wynagrodzeń lekarzy polskich w najskromniejszym wariantcie, w pełni uwzględniającym sytuację ekonomiczną naszego kraju i w pełni akceptującą realia ekonomiczne, winny oscylować wokół wartości średnich obserwowanych wśród porównywanych krajów.**

Wynagrodzenia lekarzy jako odsetek PKB (USD) na osobę



Ryc. 2. Wynagrodzenia roczne lekarzy ogólnych jako krotność wielkości PKB na obywatela poszczególnych krajów

Stosunek wynagrodzenia lekarza poz do średniego wynagrodzenia pracownika



Ryc. 3. Relacja wynagrodzenia lekarza poz do średniego wynagrodzenia pracownika

**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 (tab. 1).**

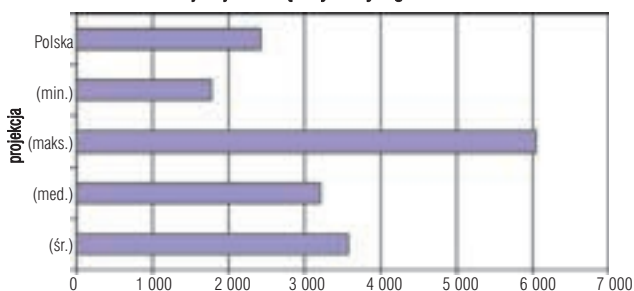
Kwota ta jest proponowanym średnim wynagrodzeniem w grupie zawodowej lekarzy ogólnych, niezależnie od:

- wieku, a tym samym stażu pracy,
- pfcj,
- 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.

Projekcja miesięcznych wynagrodzeń lekarza



Ryc. 4. Projekcja poziomu wynagrodzeń miesięcznych lekarzy w Polsce, z uwzględnieniem relacji do PKB, w wersji minimalnej (najniższej obserwowanej), maksymalnej (najwyższej obserwowanej), średniej i mediana

### 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 ryc. 5. 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.

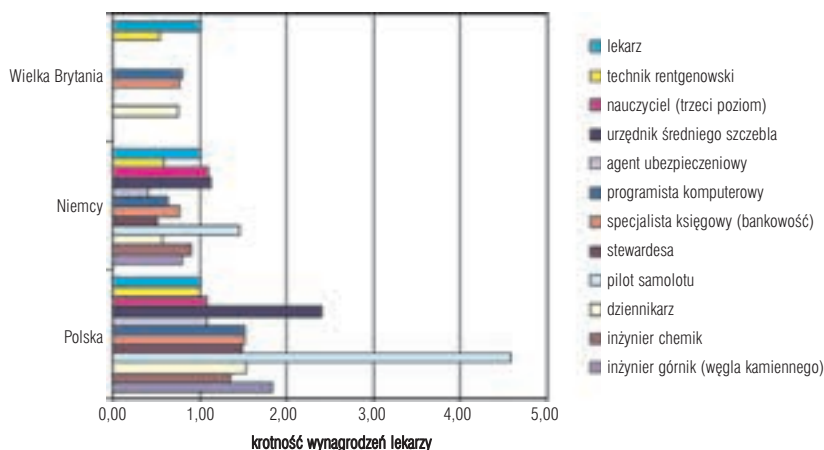
Z zestawienia wynika, że o ile wynagrodzenia lekarzy do wymienionych grup zawodowych w Polsce w najlepszym razie są równe (stosunek równy 1), o tyle w takich krajach, jak Niemcy i Wielka Brytania są zdecydowanie wyższe, często osiągając poziom dwukrotnie wyższy (stosunek równy 2). Z punktu widzenia grupy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

Ryc. 6. przedstawia podobne relacje odniesione do kwoty wynagrodzeń postulowanych, przedstawionej wyżej.

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

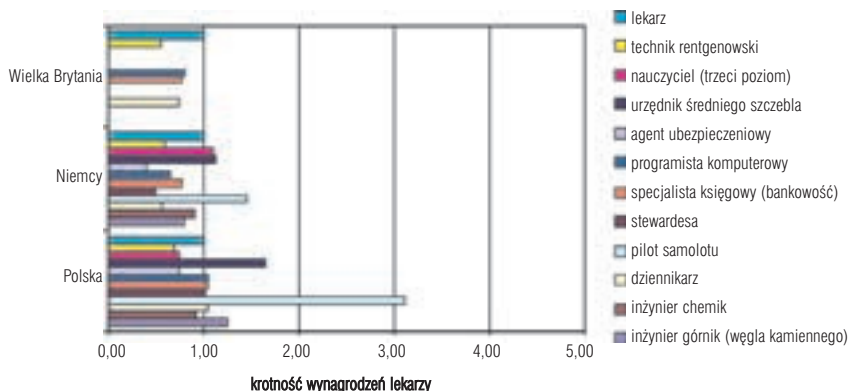
Zestawienie to potwierdza, iż postulowane poziomy wynagrodzeń lekarzy polskich są w dalszym ciągu skromne i w żaden sposób nie mogą być traktowane jako przesadne, nawet jeśli wziąć pod uwagę surowe uwarunkowania ekonomiczne naszego kraju.

## Wynagrodzenia wybranych grup zawodowych w stosunku do wynagrodzeń lekarzy



Ryc. 5. 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)

## Wynagrodzenia wybranych grup zawodowych w stosunku do postulowanych wynagrodzeń lekarzy



Ryc. 6. 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)

### 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:

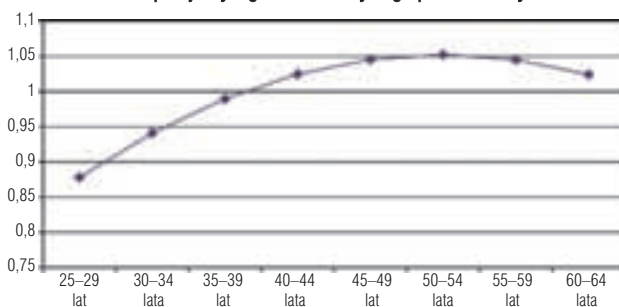
- poprzez budowanie modeli wartościowania pracy lekarzy w założonym czasie (np. roku), które oparte jest na takich filarach, jak wzrastająca z czasem kompetencja i biegłość w wykonywaniu zawodu, spadająca liczba godzin pracy, szczególnie występująca w ostatniej dekadzie pracy zawodowej, wzrost liczby 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;<sup>3</sup>

- 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.<sup>4</sup>

Dwa wyniki tego typu analiz przedstawiono poniżej. Ryc. 7. 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 osiągnięte są przez najmłodsze grupy wiekowe lekarzy w wieku 25–30, 30–34 lata.

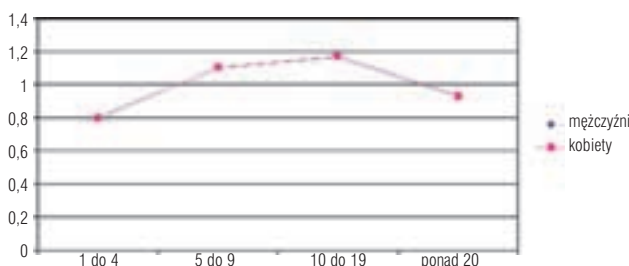
Proporcje wynagrodzeń lekarzy w grupach wiekowych



Ryc. 7. 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)

Ryc. 8. przedstawia z kolei proporcje dochodów osiągniętych 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.

Proporcje wynagrodzeń lekarzy w grupach wiekowych



Ryc. 8. 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 została propozycja dotycząca poziomów wynagrodzeń lekarzy w Polsce, przy uwzględnieniu różnic wartości pracy w poszczególnych grupach wiekowych (tab. 2., ryc. 9.).

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

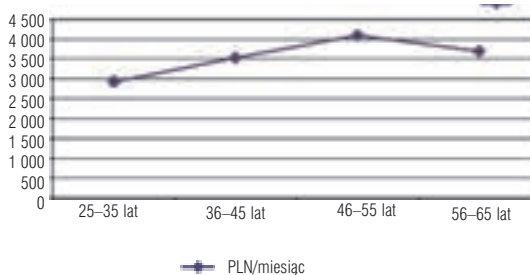
- wiekowych jest także średnią ze średnich wartości występujących w poszczególnych grupach wiekowych,
- czas pracy lekarzy w ciągu ich życia można w najszerszym zakresie określić na 40 lat, gdzie początek następuje w wieku lat 25, a koniec w wieku lat 65,
- okres pracy lekarza w ciągu życia dzielony 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 osiągniętych przez poszczególne osoby. W szczególności przewidywane wielkości wynagrodzeń w najstarszej grupie wiekowej wynikają ze średniego krótszego czasu pracy, jaki te osoby potencjalnie wykonują, w stosunku do czasu pracy pozostałych grup wiekowych.

Tab. 2. 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

Przewidywane proporcje średnich wynagrodzeń w grupach wiekowych



Ryc. 9. 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 stanowiącego propozycję Filaru II wartościowania pracy lekarzy.

## Filar II systemu wartościowania pracy lekarzy

### Założenia wstępne

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

**a) II Filar systemu jest narzędziem oceny i wartościowania pracy lekarza, związanej z konkretną czynnością wykonywaną przez lekarza i wyrażony jest w punktach.**

Jako uzupełnienie proponowanych w I Filarze wskaźników wynagrodzeń, które odnoszone są do całej populacji lekarzy, bez dokonywania istotnych zróżnicowań w zakresie kompetencji, specjalności oraz natężenia pracy, w Filarze II proponowane jest 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 około 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 jednostkach opieki zdrowotnej.

**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.**

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 i Health Care Financing Administration, jako najbardziej dojrzałych i dopracowanych spośród istniejących na świecie.**

### Koncepcja i zastosowanie Resource-based relative value system (RBRVS) w USA

Jako skutek ustawy OBRA 89 od roku 1992 Medicare w istotny sposób zmienił sposób opłacania usług lekarskich. W miejsce dotychczasowych zasad CPR<sup>5</sup>, rząd federalny zastosował standaryzowany system płatności dla lekarzy, w skali punktowej, opartej na zużyciu zasobów (RBRVS). W RBRVS wartość punktowa procedur me-

dycznych jest określona na podstawie badań kosztów wytworzenia tych procedur. Koszty wykonania każdej z procedur podzielone zostały na trzy komponenty:

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

W całości stawki za wykonanie danej usługi, praca lekarza stanowi średnio 55% wartości. 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,
- fizyczny wysiłek związany z jej wykonywaniem,
- psychiczny wysiłek 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 wielokrotnych iteracyjnych 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.

Wartości punktowe oceny pracy lekarzy są weryfikowane w trybie corocznym. W regulacjach dotyczącym RBRVS, *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS) są zobowiązane do dokonywania przeglądu całej skali w trybie 5-letnim.

Wydatki na prowadzenie praktyki, w odniesieniu do danej procedury medycznej stanowią w wartości RBRVS około 42%. Jeszcze do niedawna wartość ta była oparta na formule biorącej pod uwagę średnie stawki Medicare w odniesieniu do poszczególnych specjalności. Od 1999 roku wartości odniesione są do poszczególnych procedur (w praktyce połączone w tabelach z poszczególnymi kodami z zakresu CPT). Bierze ona pod uwagę koszty wynajmu powierzchni usługowej, koszty nabywania materiałów i produktów służących działaniu praktyki oraz kosztów zatrudnienia personelu pomocniczego medycznego (nie-lekarzy) i niemedycznego. Od roku 2002 zmiana ta dotyczy już wszystkich procedur CPT.

Od stycznia 2000 r. CMS wprowadziło trzeci składnik RBRVS – koszty odpowiedzialności cywilnej lekarza, wykonującego dany rodzaj procedur. W praktyce ten



składnik jest oparty na stawkach ubezpieczenia OC, płaconego przez lekarzy poszczególnych specjalności i pracujących w konkretnych rejonach USA. Od 1 stycznia 2002 r. wszystkie trzy komponenty RBRVS zostały w praktyce zastosowane w systemie rozliczeń praktyk lekarskich w ramach Medicare. 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 *conversion factor* dla wszystkich usług lekarskich,
- jednolitych w skali kraju *conversion factor* w danym roku dla punktów skali RBRVS.

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

$$\text{CPT (\$)} = \{ [\text{RVU (praca)} \times \text{GPCI (praca)}] + [\text{RVU (praktyka)} + \text{GPCI (praktyka)}] + [\text{RVU (odpowiedzialność)} + \text{GPCI (odpowiedzialność)}] \} \times \text{przelicznik krajowy}$$

gdzie:

HCPCS (\$) – kwota płatności za daną procedurę

RVU (praca) – wartość punktowa kosztów pracy lekarza

GPCI (praca) – przelicznik geograficzny kosztów pracy lekarza

RVU (praktyka) – wartość punktowa kosztów prowadzenia praktyki

GPCI (praktyka) – przelicznik geograficzny kosztów prowadzenia praktyki

RVU (odpowiedzialność) – wartość punktowa kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC)

GPCI (odpowiedzialność) – przelicznik geograficzny kosztów odpowiedzialności cywilnej (kosztów polisy OC)

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

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

Tak wyliczona płatność może być dalej różnicowana, gdy:

- procedura wykonywana jest przez innych pracowników medycznych, a nie lekarzy. W stosunku do pielęgniarek Medicare stosuje przelicznik 0,85 wartości za daną procedurę, wykonaną przez lekarza, w stosunku do położnych 0,65;
- procedura jest wykonywana w obszarze geograficznym zaklasyfikowanym jako *Health Professional Shortage Areas* (HPSAs), rejon deficytu kadr medycznych;
- procedura wykonywana jest w roli asystenta (do zabiegu), a nie głównego operatora, przeliczana jest jako 0,16 wartości pracy głównego operatora.

### Narzędzia i metody finansowania usług w Medicare

Federalno-stanowy program Medicare działa w części w formie tradycyjnej tzw. FFS (*fee-for-service*) oraz poprzez organizacje *managed care* (Medicare + Choice).

W Medicare FFS, stawki ustalane są prospektywnie i obejmują poszczególne nabywane produkty i usługi. Stawki te obejmują zarówno kwotę pokrywaną przez Medicare, jak i kwotę stanowiącą współpłacenie pacjenta. W Medicare można wyróżnić 15 grup produktów i usług oraz podobną liczbę systemów ich opłacania.

W szczególności, w ramach Medicare można wyróżnić systemy opłacania:

- opieki szpitalnej krótkoterminowej, w tym psychiatrycznej,
- opieki ambulatoryjnej, wykonywanej przez praktyki lekarskie, ambulatoria przyszpitalne, ambulatoryjne ośrodki chirurgiczne, laboratoria,
- opieki po ostrych epizodach choroby, w tym opieki pielęgnacyjnej, rehabilitacji, opieki długoterminowej,
- dializoterapii ambulatoryjnej i w hospicjach,
- materiałów medycznych trwałego użytku,
- usług zapewnianych w ramach programu M\_C.

### Zastosowanie RBRVS jako Filaru II 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 II Filaru 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 ponad 30 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 *American Medical Association* (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, będącej przedmiotem zainteresowania niniejszego opracowania, czyli pracy lekarza, system posługuje się liczbami punktów, określonych w wyniku procesów wielokrotnych iteracji 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 błędów, 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 roku, na który to proces wydano w USA dziesięć 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, która została w wie-

loraki sposób powiązana z używaną w Polsce klasyfikacją ICD-9-CM i będzie się w dalszym ciągu rozwijać i uaktualniać w powiązaniu z tą klasyfikacją;

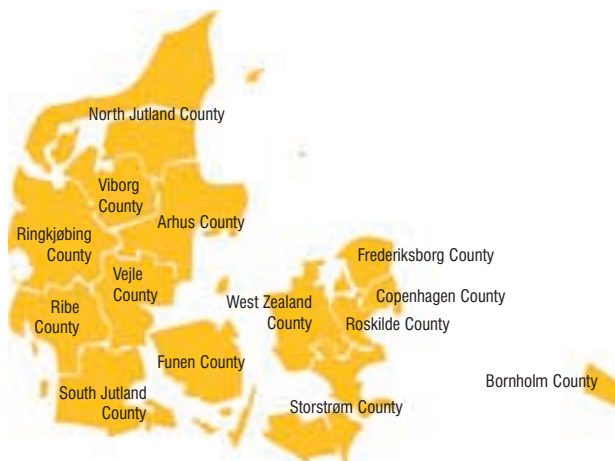
- system jest wykorzystywany w USA nie tylko w relacjach z płatnikiem, ale również jako narzędzie wewnętrznej oceny produktywności poszczególnych osób personelu lekarskiego (i nie tylko). W ten sposób może być niezwykle przydatny jako narzędzie wspomagające zarządzanie praktykami grupowymi, które z definicji narażone są na silne konflikty wewnętrzne i jak pokazują doświadczenia, często nie wytrzymują „ciśnienia” odśrodkowych.

## Charakterystyka doświadczeń wybranych krajów w zakresie wartościowania pracy lekarza

### Dania

#### Organizacja systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia w Danii jest wpisany w ogólną filozofię samorządności. System ten jest w podstawowym wymiarze oparty na samorządach lokalnych; powiatowych (*counties*) i gminnych (*municipalities*) (ryc. 10.). 87% wydatków publicznych na ochronę zdrowia pochodzi ze środków generowanych na poziomie lokalnym; podatków dochodowych oraz podatków od nieruchomości, pozostałe 13% pochodzi z budżetu centralnego.



Ryc. 10. Schematyczna mapka Danii z zaznaczeniem 14 powiatów (<http://www.arf.dk/english/default.asp>)

Corocznie odbywają się ustalenia (w drodze negocjacji) pomiędzy rządem a reprezentacją samorządów, których celem jest ustalenie:

- maksymalnych rekomendowanych wysokości podatków lokalnych,
- kwoty dotacji rządowych ogólnych (związanych z populacją i jej dochodami),
- kwoty dotacji rządowych celowych (związanych z szerszymi zadaniami, np. z zakresu zdrowia publicznego),
- poziomu redystrybucji dochodu pomiędzy społecznościami lokalnymi.

Interesującym mechanizmem jest redystrybucja dochodu pomiędzy społecznościami lokalnymi, która odbywa się przy zastosowaniu formuły biorącej pod uwagę następujące elementy: przekrój wieku populacji, liczbę dzieci żyjących w niepełnych rodzinach, poziom bezrobocia, poziom wykształcenia (liczbę nisko wykształconych), liczbę imigrantów spoza UE, liczbę osób żyjących w rejonach „upośledzonych” społecznie, liczbę osób starszych mieszkających samotnie. Elementy te potraktowane zostały jako pozytywne korelaty konsumpcji świadczeń zdrowotnych.

Z kolei poprzez mechanizm grantów, administracja rządowa, mimo że nie ma prawnych możliwości zobowiązania samorządów do określonych zadań, uzyskuje wpływ na ogólne kierunki polityki zdrowotnej. Kierunki, jakie w ostatnich latach stanowiły priorytety, to kardiochirurgia, onkologia i redukcja czasu oczekiwania na zabiegi planowe. Samorządy często wyrażały niezadowolony z faktu ingerencji poprzez ten mechanizm w swoje suwerenne decyzje dotyczące ochrony zdrowia.

#### Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

Ponad 20% lekarzy duńskich to lekarze rodzinni, którzy pracują w swoich prywatnych praktykach medycznych. W celu świadczenia usług ze środków publicznych, czyli w przypadku duńskim, ze środków powiatu, lekarze ci muszą uzyskać pozwolenie na praktykowanie na danym terenie. Wynagrodzenie lekarzy rodzinnych konstruowane jest jako połączenie opłaty kapitałowej i systemu opłat za usługę, przy czym ta pierwsza stanowi do 30% całości. Opłaty za usługę stosuje się za poszczególne konsultacje, badania czy zabiegi wykonywane przez lekarza oraz za pracę poza określonymi godzinami (wieczór i noc), za konsultacje telefoniczne oraz wizyty domowe. Również niektóre priorytetowe obszary, jak np. poradnictwo i edukacja zdrowotna w zakresie palenia tytoniu czy nadwagi są opłacane w trybie *fee-for-service*.

W ramach twórców systemu część kapitałowa dochodów praktyki lekarskiej ma zapewniać podstawowe usługi i niewykonywanie nadmiernej ich liczby, natomiast część *fee-for-service* ma zwiększać produktywność lekarzy w wybranych dziedzinach, w których można, np. spodziewać się zmniejszenia skierowań do specjalistów. Z przychodów

praktyki lekarz utrzymuje niezbędny personel i pokrywa koszty materiałowe. Stawki kapitacyjne oraz *fee-for-service* ustalane są w drodze negocjacji pomiędzy administracją zdrowia a Duńskim Stowarzyszeniem Lekarzy (dokładnie z jedną branżową jego częścią: młodych lekarzy, lekarzy ogólnych [GP] i lekarzy specjalistów) na kolejne dwa lata.

Lekarze rodzinni obejmują opieką 1 325 osób dorosłych (maks. 1 400) co daje około 1 500–1 600 (maks. 1 900) wraz z dziećmi do lat 16. W ciągu ostatnich 10–20 lat wzrasta rola grupowych praktyk lekarzy rodzinnych w miejsce tych prowadzonych w pojedynkę.

Lekarze specjaliści, pracujący w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej również muszą uzyskiwać zgodę na wykonywanie usług w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej. Wynagrodzenie tych lekarzy oparte jest na zasadzie *fee-for-service*.

Budżety szpitali przez lata były ustalane w drodze negocjacji pomiędzy administratorami tych szpitali a (ich zwierzchnikami) władzami powiatu. W negocjacjach tych brano pod uwagę dotychczasową działalność, nowe obszary działalności i ewentualne specjalne obszary potrzeb. Odrębnie negocjowane były większe wydatki inwestycyjne, na które szpital uzyskiwał dodatkowe środki od administracji lokalnej. Niewielkie inwestycje są w zakresie decyzji administratora szpitala.

Od 1993 roku, w odpowiedzi na problemy z opieką szpitalną (kolejki) i zarzuty niskiej efektywności działania, niektóre samorządy wprowadziły funkcję kontraktów, których głównym celem było powiązanie finansów z produktywnością, ogólnymi lub bardziej szczegółowymi priorytetami powiatu. Celem kontraktów nie było wprowadzenie konkurencji pomiędzy szpitalami. Kontrakty te nie są też w pełni restrykcyjne; niewykonanie poszczególnych założeń nie skutkuje natychmiastowymi *karami finansowymi*. Dopiero przewlekłe niedopełnianie warunków kontraktu może być przyczyną restrykcji wobec administratora szpitala, do jego zwolnienia włącznie.

Odrębnym, ale bardzo istotnym elementem jest mechanizm negocjowania warunków płacy pracowników szpitali powiatowych. Negocjacje te są przeprowadzane pomiędzy powiatami a samorządem pracowników.

Od 1993 roku pacjenci mają prawo dokonać wyboru szpitala niezależnie od miejsca zamieszkania, tak na obszarze swojego powiatu, jak i poza nim. W takiej sytuacji następuje rozliczenie pomiędzy powiatem-właścicielem szpitala wykonującego usługę a powiatem pochodzenia pacjenta. Rozliczenie następuje wg stawek DkDRG, publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Ponieważ rozliczenie to rzadko owocowało przepływem środków do szpitala wykonującego usługę, szpitale nie były zainteresowane leczeniem pacjentów spoza własnych powiatów.

W strategii rządowej *Regeringens oploeg til strategi for sygehuspolitikken 2000–2002*, uznaje się, że DkDRG ma stanowić podstawę do negocjacji kontraktów szpitali z powiatami. Przy czym negocjacje mają wyznaczyć poziom spodziewany liczby usług, przeliczony na sumaryczną liczbę punktów. Realizacja tego pułapu usług będzie związana z uzyskaniem kwoty kontraktu globalnego, który ma stanowić co najmniej 90% całości przychodów szpitala. Pozostałe do 10% związane może być z wykonaniem usług ponad ten planowany poziom. Realizacja założeń tego programu zaczęła się 1 stycznia 2002 roku, przy czym postępuje w różnym tempie w różnych powiatach.

Wszyscy stale zamieszkali na terenie Danii mają prawo do opieki zdrowotnej. Dobrowolnie deklarują przynależność do grupy 1 lub 2, co wiąże się z koniecznością ponoszenia kosztów współpłacenia:

- Grupa 1 pacjentów, do której kwalifikuje się ok. 98% populacji nie wnosi opłat w miejscu wykonywania usług.
- Grupa 2 pacjentów, to osoby, które wpłacają należność za usługę, a następnie uzyskują zwrot w wysokości 50%. W zamian jedynym przywilejem jest dowolność wyboru lekarza opieki ambulatoryjnej, bez skierowania. W przypadku szpitala skierowanie obowiązuje. Uznaje się, że liczba osób kwalifikujących się do grupy 2 będzie malała do zera.

Około 60% lekarzy jest etatowymi pracownikami szpitali, z pensją, która jest ustalana w wyniku negocjacji pomiędzy reprezentacją powiatów a samorządem zawodowym. Wysokość pensji zależna jest od stopnia kwalifikacji oraz stażu pracy. Dodatkowymi elementami wynagrodzenia są dodatki za niektóre godziny pracy (tab. 3.).

Tab. 3. Stawki wynagrodzeń lekarzy szpitalnych w roku 2002, w euro

		Konsultanci	Starsi konsultanci	Specjaliści
Pensja podstawowa	do 3 lat	2 713	3 412	5 199
	3 do 5 lat	2 854		
	ponad 5 lat	3 121		
Dodatek specjalizacyjny		245	245	
Lekarz ogólny	1 rok	199	199	
	od 2 roku	336	336	
Lekarz specjalista		500	500	
Dodatek funkcyjny			209	
Dodatek na godzinę	20 do 8 w dni tygodnia	6		
	8 do 20 w weekendy	6		
	20 do 8 w weekendy	9		
Zmiana terminu/nagle wezwanie		41		
1 DkK		0,13		

Czerwona czcionka oznacza wzajemnie wykluczające się pozycje

## Francja

### Organizacja systemu ochrony zdrowia

Francuski system ochrony zdrowia ma kilka unikalnych cech, odróżniających go od większości innych systemów w krajach wysoko uprzemysłowionych. Cechy te wynikają z trzech głównych zasad, które zostały sformułowane jako jego podstawy. Są to zatem:

**Solidaryzm** – którego skutkiem jest powszechność ubezpieczenia zdrowotnego, obejmującego tych, którzy pracują i bezrobotnych, osoby pracujące na własny rachunek i zatrudnionych w dowolny sposób. Ubezpieczenie w podstawowej części nie jest różnicowane wg wysokości wpłacanych składek, a same składki stanowią określoną opłatę związaną z podatkiem dochodowym. Idee solidaryzmu społecznego leżą również u podstaw roli, jaką w systemie pełnią publiczne instytucje, zarządzające systemem oraz niektóre instytucje dostarczające świadczeń, jak publiczne szpitale i nieduża liczba publicznych przychodni i centrów medycznych.

**Liberalizm** – który z kolei powoduje, że podstawową rolę w systemie pełnią lekarze prowadzący prywatne praktyki (tzw. *la medecine liberale*). Liberalny jest również wolny wybór lekarza przez pacjenta (ale i odwrotnie, brak konieczności leczenia pacjenta przez danego lekarza) i związane z tym opłaty za usługę, jakie pacjenci ponoszą w trakcie leczenia ambulatoryjnego. Zasady *la medecine liberale* zostały sformułowane przez stowarzyszenie lekarzy w roku 1928 i stwierdzają m.in., że lekarz powinien mieć prawo do prowadzenia praktyki i pobierania opłat od pacjenta za wykonywane usługi, pacjent ma mieć wolny wybór lekarza, a lekarze autonomię w dziedzinie leczenia.

**Pluralizm** – który oznacza mieszkankę publiczno-prywatną, tak w sferze finansowania, jak i dostarczania usług zdrowotnych oraz tolerancję dla różnorodności organizacyjnej, zarówno wtedy, gdy prowadzi ona do uzupełnienia, jak i konkurencji w systemie. W dziedzinie finansowania zasada pluralizmu uzasadnia współistnienie wielu branżowych systemów (planów) ubezpieczeń zdrowotnych, uzupełniających prywatne ubezpieczenia (*mutuelles*) oraz istotnego udziału pacjentów w finansowaniu świadczeń (opłaty z kieszeni). W odniesieniu do dostarczania usług zdrowotnych, wspomniany pluralizm usprawiedliwia istnienie tak publicznych, jak i prywatnych szpitali oraz publicznych przychodni i prywatnie leczących lekarzy.

Francuski system zapewnia pacjentowi dostęp do usług, począwszy od usług podstawowej opieki zdrowotnej do wysoko specjalistycznych, wykonywanych w ośrodkach akademickich. W dziedzinie lecznictwa ambulatoryjnego dominuje forma praktyk prywatnych (*la medecine liberale*), choć istnieją także wielospecjalistyczne publiczne przychodnie. W dziedzinie szpitalnictwa, mimo licznej reprezentacji prywatnych szpitali działających dla zysku, dominująca rola przypada jednak szpitalom publicznym, ze względu na ich wielkość oraz szerszy niż w przypadku szpitali prywatnych, zakres usług. Szpitale prywatne, najczęściej działające jako tzw. *Cliniques*, będące własnością lekarzy, specjalizują się zwykle w zabiegach planowych, często w ortopedii, chirurgii, ale także ginekologii i położnictwie. Częstym elementem krytyki szpitali prywatnych jest ich zachowanie, polegające na unikaniu pacjentów niosących problemy. Tacy pa-

cjenci trafiają zwykle do sektora publicznego, podczas gdy szpitale prywatne wykonują dużą liczbę zabiegów stosunkowo prostych technicznie i powtarzalnych.

W prywatnym sektorze szpitalnym ulokowanych jest 37,3% (‘92) łóżek szpitalnych w ogóle i ponad połowa tych chirurgicznych, a tylko 28% psychiatrycznych i 21% tzw. medycznych (gł. interna). *Cliniques* z reguły nie przekraczają 80 łóżek i – mimo że stanowią tylko 20% całego potencjału szpitalnego we Francji – wykonują 31% przyjęć. W ostatnich latach daje się zauważyć trend do łączenia się tych szpitali w sieci, co poprawia ich efektywność i rentowność. Również w ostatnich latach obserwuje się przejmowanie przez sektor prywatny takich dziedzin działalności, jak radioterapia czy kardiochirurgia.

Narodowe ubezpieczenie zdrowotne we Francji oparte jest na doświadczeniach zapoczątkowanych w roku 1928, a kontynuowanych po roku 1945 na podstawie rozporządzenia o opiece społecznej. Na podstawie tego rozporządzenia pracownicy zatrudnieni na etat w handlu i przemyśle zostali objęci powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Do objęcia pozostałych grup społecznych takim ubezpieczeniem doprowadzono jednak dopiero po 30 latach, kolejno włączając do ubezpieczenia rolników (1961), samozatrudniających się (1966–70) i w końcu pozostałe grupy (1978). W rezultacie populacja francuska objęta jest powszechnym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, opartym na przychodach osób pracujących i w części na transferach z budżetu państwa, czyli przychodach budżetu, pochodzących z podatków. Ubezpieczenie obejmuje osoby ubezpieczone oraz osoby będące na ich utrzymaniu. Osoby bezrobotne i emeryci objęci są ubezpieczeniem sfinansowanym przez przepływy z budżetu państwa.

Fundusze ubezpieczeń zorganizowane są w formie struktur regionalnych i lokalnych, i zgodnie z prawem francuskim są instytucjami prywatnymi, realizującymi cele publiczne. Z uwagi na swoją rolę i charakter społeczny, są jednak ściśle nadzorowane przez Ministerstwo Solidarności Społecznej i Ministerstwo Finansów, przez co stają się instytucjami quasi-publicznymi. Poziom składki ubezpieczeniowej oraz zakres świadczeń w systemach jest określany przez rząd i w dużym stopniu uniwersalny, niezależnie od rodzaju ubezpieczyciela. Rząd również nadzoruje proces negocjacyjny pomiędzy trzema największymi funduszami ubezpieczeń a świadczeniodawcami, co powoduje, że ubezpieczenia te stosują jednolity system finansowania świadczeń.

Populacja ubezpieczonych rozłożona jest wśród ubezpieczycieli następująco:

- *Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries* (CNAMTS) – 80%,
- *Mutualite Sociale Agricole* (MSA), nadzorujące dwa fundusze – 9%,
- *Caisse Nationale d'Assurance Maladie et Maternite des Travailleurs non Salaries des Professions non Agricoles* (CANAM) – 6%,
- 11 małych branżowych kas ubezpieczeń (np. górników, pracowników kolei, metra, notariatu itp.) – pozostałe 5%.

Jak wspomniano, zakres świadczeń w poszczególnych funduszach ubezpieczeń jest dość jednolity, choć istnieją pewne różnice, np. w poziomie współpłacenia. I tak samozatrudniający się płacą wyższe kwoty współpłacenia za porady ambulatoryjne, podczas gdy członkowie niektórych kas branżowych niższe.

## Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

W francuskim publicznym systemie ochrony zdrowia nie istnieje funkcja lekarza *gate-keepera*, kontrolującego przepływ pacjentów w systemie, nie ma regulacyjnej funkcji skierowań, a pacjenci mają pełną swobodę w wyborze lekarza. Zasadą jest natomiast wnoszenie przez pacjentów opłaty za usługi ambulatoryjne w miejscu ich uzyskania, a następnie staranie się o zwrot części kwot od swojego ubezpieczyciela.

Kwoty, jakie są zwracane pacjentowi w ramach ubezpieczenia określone są na podstawie krajowych stawek, będących wynikiem negocjacji pomiędzy głównymi funduszami ubezpieczeń a reprezentacją świadczeniodawców. Współpłacenie, tzw. *ticket modérateur*, wynosi 25% za porady lekarskie, 35% za opiekę pielęgniarską i badania laboratoryjne oraz 20% *per diem* za pobyt w szpitalu. Pacjenci, korzystający z usług prywatnych szpitali (*cliniques*) płacą także odpowiednie (jak wyżej) części wszystkich czynności lekarskich, procedur i badań laboratoryjnych. Kwoty współpłacenia pokrywane są z kieszeni pacjenta lub z dodatkowego ubezpieczenia, które we Francji są bardzo rozpowszechnione w postaci tzw. *mutuelles*.

Istnieje zestaw okoliczności, które zwalniają pacjenta ze współpłacenia w szpitalach publicznych, większości prywatnych oraz publicznych przychodniach. Te okoliczności to: 1) duże procedury zabiegowe, zdefiniowane jako droższe niż wycięcie wyrostka robaczkowego (symbol w klasyfikacji KC-50), który w roku 1993 miał cenę 13 000 franków, 2) opieka okołoporodowa, z powodu macierzyństwa i wypadku przy pracy, 3) pobytu szpitalne przekraczające 30 dni, 4) poważne, upośledzające i przewlekłe choroby. Ten ostatni przypadek został dookreślony przez listę 30 chorób zwalniających z współpłacenia.

Należy zaznaczyć, że około 1/3 lekarzy nabyła prawo do pobierania wyższych, niż wcześniej wymienione, opłat współpłacenia. O prawie do pobierania wyższych opłat decyduje z jednej strony pozycja w środowisku, a z drugiej prawa nabyte przed 1979 rokiem, czyli momentem wprowadzenie regulacji w tej dziedzinie.

Stawki, jakie obowiązują lekarzy w prywatnych praktykach, ambulatoriach szpitali publicznych czy prywatnych szpitalach są negocjowane corocznie pomiędzy reprezentacją świadczeniodawców a trzema głównymi funduszami ubezpieczeniowymi. Pierwsza narodowa umowa w sprawie stawek lekarzy została uzgodniona w roku 1960. Od 1971 r. kolejne umowy obowiązują przez 5 lat i jednocześnie różnią się między regionami. Tradycją negocjacji prowadzących do umowy jest ich burzliwy i długi przebieg, wywołany oczywistymi konfliktami interesów trzech stron: rządu, płatników i świadczeniodawców.

Cennik usług ma charakter klasyfikacji procedur wymienionych w punktach. Do 2002 roku używana była klasyfikacja procedur o nazwie *Nomenclature Generale des Actes Professionnels* (NGAP), pierwotnie stworzona w roku 1930. Od roku wprowadzana jest nowa klasyfikacja, która ma służyć łącznie do rozliczania szpitali w systemie PMSI oraz do rozliczania usług lekarskich w lecznictwie ambulatoryjnym.

Właściwą wartość monetarną uzyskuje się, mnożąc wartość punktową przez wynegocjowaną stawkę za

punkt. Do stosowania wynegocjowanej wartości punktowej zobowiązani są wszyscy lekarze, za wyjątkiem lekarzy tzw. sektora 2, którzy nabyli lub wybrali prawo rozliczenia wg nielimitowanych stawek.

Sektor 2 grupuje około 1/3 lekarzy, mających prawo do stosowania nielimitowanych stawek, a tym samym pobierania od pacjentów wyższych stawek współpłacenia. W grupie tej znajdują się: 1) lekarze, którzy nie aplikują o środki publicznych funduszy ubezpieczeniowych (poniżej 1% lekarzy), 2) lekarze, którzy przed 1979 nabyli prawa do pobierania wyższych opłat, ze względu na swój status w społeczności lekarskiej (3,4% lekarzy), 3) lekarze, którzy przed 1980 rokiem nabyli to prawo w zamian za zrzeczenie się pewnych świadczeń z systemu oraz zwolnień podatkowych. Ta grupa lekarzy jest najliczniejsza (ok. 27% wszystkich lekarzy) i ich stawki nie są regulowane wynegocjowanymi warunkami, lecz mają być „taktowne i rozsądne”. Mimo że nikt nie zdefiniował, co oznacza „taktowne i rozsądne”, badania wskazują, że opłaty żądane przez tę grupę lekarzy są średnio 50% wyższe niż te regulowane. Przykładowo, za wizytę u lekarza ogólnego (domowego, rodzinnego) w roku 1992 pacjent płacił 93,6 Fr, podczas gdy u lekarza z sektora 2 średnio 138,8. W tym czasie w obu przypadkach zwrot z ubezpieczenia wynosił 70,2 Fr (75% z regulowanej stawki 93,6 Fr), co oznaczało obciążenie pacjenta w wysokości 68,6 Fr, podczas gdy za wizytę u lekarza sektora 1 to obciążenie prywatne wynosiło 23,4 Fr.

Od 1985 roku szpitale publiczne finansowane były na zasadzie przyznawania rocznych budżetów, podczas gdy szpitale prywatne w oparciu o osobodni. Od roku 1995 w szpitalach publicznych stosuje się system PMSI, który wykorzystywany jest do modyfikowania wielkości globalnych budżetów szpitali. W roku 1995 założono, że w ciągu 2–3 lat dojdzie to wyrównania „kosztów wytworzenia” punktu ISA na poziomie regionów i zbliżenia na poziomie międzyregionalnym. Do tego jednak nie doszło i pojawiły się kolejne daty, określające terminy zbliżenia stawek za punkt. W żadnym momencie jednak nie zdecydowano o nagłym, w ciągu krótkiego okresu, wyrównaniu warunków finansowych wszystkich szpitali, w obawie przed zdestabilizowaniem systemu.

Lekarze zatrudnieni w szpitalach publicznych wynagradzani są w formie pensji oraz tzw. opłat za sesję. Opłaty za sesję stosowane są głównie do lekarzy pracujących w szpitalach na część wymiaru godzin; najczęściej jako lekarze dochodzący do szpitalnych ambulatoriów, czy do wykonywania zabiegów. Szefowie oddziałów dodatkowo mają prawo do prowadzenia w pewnym wymiarze prywatnej praktyki na terenie publicznego szpitala.

## Wielka Brytania

### Organizacja systemu ochrony zdrowia

Budżet Narodowej Służby Zdrowia (NHS) określany jest na etapie projektowania budżetu państwa. Ministrowie poszczególnych resortów (działów) zgłaszają zapotrzebowanie na środki do ministra skarbu, który w miarę możliwości budżetowych państwa dokonuje ich rozdziału. W zeszłych latach po raz pierwszy planowanie

środków NHS, jak i innych działów, wykonano nie na rok, lecz na trzy lata, co ma zapewnić większą przewidywalność i stabilność finansów publicznych.

Po ustaleniu ogólnych przebiegów NHS, Ministerstwo Zdrowia (*Department of Health*) dokonuje tzw. alokacji budżetowej do dwóch głównych sektorów: szpitali i zdrowia publicznego (*community health*) oraz usług medycyny rodzinnej. Podobnego rodzaju alokacja dokonuje się na poziomie każdego kraju wchodzącego w skład Królestwa Wielkiej Brytanii, tzn. Anglii, Walii, Szkocji i Irlandii Północnej, choć w wielu punktach może się ona różnić. Należy przy tym zwrócić uwagę na różne inicjatywy, jakie pojawiają się od około 12 lat, zaburzające wyżej wymieniony ogólny podział na sektory (np. GP *fundholder*, PCG).

Po fazie określenia budżetu szpitali i usług zdrowia publicznego na poziomie krajowym, następuje alokacja tych środków na poziom poszczególnych regionów (RHA). Obecnie stosowany system alokacji można nazwać ważoną kapitałą i oparty jest na pracach *Resource Allocation Working Group* (RAWP) z roku 1976. Wzór alokacji środków finansowych na regiony zawiera takie elementy, jak liczba populacji zamieszkującej dany region, profil wieku i płci, poziom zachorowań (oceniany na podstawie standaryzowanych współczynników zgonu) i pewnych niezależnych czynników, takich jak różnice w kosztach prowadzenia opieki zdrowotnej, wynikające z lokalizacji geograficznej.

W roku 1990, przygotowując się do wprowadzenia tzw. rynku wewnętrznego NHS, dokonano pewnych modyfikacji formuły alokacyjnej, zachowując jednak jej główne założenia. Kolejna modyfikacja formuły lokacyjnej oparta została na pracach ekspertów uniwersytetu w York, którzy w roku 1994 zaproponowali kilka dodatkowych elementów, mających odzwierciedlać potencjalne zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. W modelu ekonometrycznym eksperci ci ujęli takie parametry charakteryzujące populację, jak stan zdrowia mierzony przy pomocy wskaźników zapadalności na wybrane choroby, niska waga urodzeniowa noworodków, czy elementy socjalne, jak bezrobocie czy liczba gospodarstw domowych zamieszkiwanych samotnie przez osoby starsze. Choć nie wszystkie elementy rekomendowane przez ekspertów z York zostały ostatecznie ujęte w stosowanej formule alokacyjnej, praca ta jest obecnie podstawą alokacji środków na regiony.

Dalsza alokacja z poziomu regionalnego (RHA) na lokalny (HA) czyniona jest w zróżnicowany sposób. Większość RHA stosuje pewnego rodzaju odmianę centralnej formuły lokacyjnej, różniąc ją jednak ze względu na uwarunkowania historyczne (historyczne różnice w budżetach), czy inne, wynikające z lokalnej specyfiki. W ciągu lat 90. alokacja na poziom poniżej regionalnego różnicowała się jeszcze z innego powodu: w pewnym momencie bowiem alokację środków na szpitalnictwo przeprowadzano na poziomie praktyki lekarza rodzinnego (GP *fundholder*) lub pilotażowych podmiotów, mających pełne kompetencje w zakresie nabywania świadczeń. Te, z natury rzeczy, małe populacje, nie są dobrym podmiotem alokacji kapitałowej i nie doczekały się odpowiednich wersji formuł alokacyjnych. W dużej części jednak wykorzystywano w tym

celu istniejące formuły, odnoszone do populacji większych, a także pewne historycznie istniejące schematy.

Mimo że ważne formuły kapitałowe są dobrze zakorzenione w odniesieniu do szpitalnictwa i sektora zdrowia publicznego, podobne rozwiązania nie zostały rozwinięte w odniesieniu do budżetu medycyny rodzinnej. W rezultacie istnieją istotne różnice w poziomie nakładów na medycynę rodzinną porównywalnych populacji w różnych rejonach kraju. Co więcej, różnice te nie mają nic wspólnego z poziomem potrzeb tych populacji.

W przyszłości planuje się opracowanie formuły alokacyjnej dla finansowania medycyny rodzinnej, która spowoduje większe wyrównanie i spójność, jeśli chodzi o wydatki na osobę w tym sektorze usług. W krótszym okresie jednak planowane jest kontraktowanie PCG w oparciu o jednostki działalności i koszty.

### Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

System finansowania świadczeń szpitalnych podlegał istotnym zmianom w latach 90. i w najbliższym czasie czeka go następna zmiana. Opisany poniżej stan związany był z reformą NHS, inicjowaną przez Johna Milburna z rządu Margaret Thatcher.

Na podstawie regulacji z 1991 roku kontrakty ze szpitalami podpisywane są przez lokalną administrację ochrony zdrowia (HA) oraz lekarzy rodzinnych *fundholderów*. Wyróżnia się 3 główne typy kontraktów: kontrakty blokowe, *koszt-i-liczbę* oraz *za przypadek*.

Kontrakty blokowe określają zobowiązania szpitala jako „przyjmowanie pacjentów określonego płatnika (HA lub GP – *fundholder*), w razie potrzeby ich hospitalizacji”, za co otrzymują określoną z góry, raz do roku, niezmienną kwotę. Takie kontrakty często zawierają dodatkowo pewne wskaźniki obciążenia prac szpitali, jak przewidywana liczba przyjęć czy osobodni. Przez dłuższy czas uznawano, że brak bardziej szczegółowych informacji na temat potrzeb pacjentów poszczególnych populacji nie pozwala na bardziej wyrafinowane sposoby kontraktowania.

Kontrakty *koszt-i-liczba* określają, jaką liczbę terapii, leczonych przypadków szpital jest zobowiązany wykonać za określoną kwotę. Kontrakty tego typu w większym stopniu określają wyniki działalności szpitali (leczonych pacjentów), niż w przypadku kontraktów blokowych. Nie ma również istotnego znaczenia „wkład”, jaki szpital posiada w formie zasobów infrastruktury. W przypadku przekroczenia przez szpital zaplanowanych wielkości, następne terapie były najczęściej rozliczane na zasadzie *opłaty-za-przypadek*.

Kontrakty *za przypadek* były definiowane na poziomie poszczególnych pojedynczych pacjentów, wiążąc bezpośrednio czynności wykonywane i wydatki, jakie są z nimi związane. Ponieważ kontrakty tego typu niosą ze sobą znaczny poziom kosztów transakcyjnych, administracja zdrowotna zwykła uznawać tę formę kontraktowania jako uzupełniającą w stosunku do kontraktów blokowych czy *koszt-i-liczba* w przypadku, gdy wielkości określone w powyższych kontraktach zostały przekroczone lub w przypadku rozliczeń incydentalnych – płatnika,

który nie ma stałych związków kontraktowych ze szpitalem. Duża część transakcji realizowanych przez GP *fundholders* była zawierana na zasadach *fee-per-case*.

Początkowo oczekiwano, że kontrakty za przypadek wyprą kontrakty *blokowe* czy *koszt-i-liczba*. W praktyce jednak stopień skomplikowania i koszty transakcyjne powodują, że ich upowszechnienie jest znacznie mniejsze. W ankiecie badającej praktykę kontraktowania z lat 1994/95, 69% respondentów wskazywało, że wykorzystują kontrakty *blokowe* (w wersji rozwiniętej), 25% to kontrakty *koszt-i-liczba* i tylko 5% to kontrakty za przypadek. Istotne jest jednak, że kontrakty *blokowe* zostały w tych latach wzbogacone o pewne elementy transakcji za przypadek. Określano w tych kontraktach mianowicie zakres usług, do jakich pacjenci – podopieczni danej HA mają dostęp, ale również minimalne i maksymalne liczby przypadków przyjmowanych do leczenia. W razie niewykonania lub nadwykonania, przewidywano odpowiednią procedurę, która zmierzała do weryfikacji założonych wielkości.

Ostateczna kwota pieniędzy, jaka występuje w kontraktach, jest wynikiem kilku elementów. Historyczne wartości, jakie były w przeszłości konieczne do zapewnienia opieki szpitalnej na określonym poziomie, odgrywały w tym zestawie elementów znaczącą rolę, szczególnie w kontraktach blokowych w pierwszym okresie ich obowiązywania. Z czasem zaczęto przykładać coraz większe znaczenie do tego, by kwoty historyczne w coraz większym stopniu odzwierciedlały działalność oraz koszty związane z leczeniem poszczególnych przypadków. Jako część tych wysiłków należy uznać powołanie NHS *Case-Mix Office* i rozwijanie przez tę instytucję systemów *Health Resources Groups* – brytyjskiego odpowiednika amerykańskich DRG. W tym samym czasie rozwój, tzw. rynku wewnętrznego powodował, że lokalna pozycja oraz umiejętności negocjacyjne zarządu szpitala istotnie wpływały na jego przychody.

Próbując klasyfikować brytyjski sposób kontraktowania szpitali, można by go scharakteryzować jako mieszankę budżetów globalnych z elementami opłaty za przypadek. W niektórych przypadkach dodatkowym elementem bywają płatności oparte na liczbie osobodni. System kontraktowania wprowadzony w roku 1991 był częścią szerszego zakresu zmian, których myślą przewodnią było zastąpienie alokacji budżetowej w hierarchiczne struktury, systemem opartym na negocjacjach i kontraktowaniu. Z tą zmianą związane było znaczne powiększenie się obowiązków administracyjnych personelu zarządzającego, który corocznie zatrudniał się do negocjowania, egzekwowania i monitorowania kontraktów. Rząd laburzystowski zaczął urzędowanie od zakwestionowania tego sposobu postępowania. W założeniach rządu Tony Blaira tak duży wysiłek administracyjny nie jest zasadny, a konkurencja na rynku wewnętrznym nie jest właściwym sposobem zarządzania w ochronie zdrowia. W miejsce powyższych rozwiązań rząd ten proponuje i stopniowo wprowadza zasadę długoterminowych kontraktów oraz „współpracy i współdziałania w miejsce konkurencji”. W podejściu tym zachowana jest rozdzielność nabywcy od wykonującego świadczenia, lecz nabywca stanie się bardziej administracyjną jednostką (PCG PCT), działającą na danym obszarze. Kontrakty oparte na liczbie i cenie świadczeń mają być stopniowo

Tab. 4. Stawki wynagrodzeń rocznych lekarzy szpitalnych w Anglii i Walii w latach 2001–2003 (źródło: Health Policy & Economic Research Unit 17 December 2001)

Junior hospital doctors	2001/02	2002/03
House officer	17,935	18,585
	19,090	19,780
	20,245	20,975
Senior house officer	22,380	23,190
	23,880	24,745
	25,380	26,300
	26,880	27,855
	28,380	29,410
	29,880	30,965
		32,520
Specialist registrar	25,015	25,920
	26,280	27,230
	27,545	28,540
	28,810	29,850
	30,340	31,435
	31,870	33,020
	33,400	34,605
	34,930	36,190
	36,460	37,775
Senior hospital doctors	2001/02	2002/03
Consultant	50,810	52,640
	54,505	56,470
	58,200	60,300
	61,895	64,130
	66,120	68,505
Consultants – zakres dowolności skali	68,765	71,250
	71,410	73,995
	74,055	76,740
	76,700	79,485
	79,345	82,230
	81,990	84,975
	84,635	87,720
87,280	90,465	
Consultants – nagrody za szczególne osiągnięcia		
A+	62,815	65,080
A	46,285	47,955
B	26,450	27,405
Associate specialist	30,125	31,210
	33,405	34,610
	36,685	38,010
	39,965	41,410
	43,245	44,810
	46,525	48,210
	50,870	52,705
52,400	56,105	

Źródło: <http://www.bma.org.uk/ap/nsf/Content/DDRB+award+for+2002%2F03> (25.01.2002)

zastępowane takimi, które w większym stopniu pobudzają wysoką jakość w systemie.

Odrębnie należy rozważyć systemy opłacania lekarzy medycyny rodzinnej (GP) i lekarzy zatrudnianych w szpitalach.

Lekarze medycyny rodzinnej podpisują z administracją NHS kontrakty na zakres świadczeń, określony jako usługi medycyny rodzinnej (GMS). Warunki tych kontraktów negocjowane są corocznie pomiędzy Komitetem Medycyny Rodzinnej (działem *British Medical Association* – brytyjskiej Izby Lekarskiej, reprezentującej lekarzy rodzinnych) a Ministerstwem Zdrowia (DoH). System płatności określony na poziomie krajowym składa się z trzech elementów: stałej opłaty na funkcjonowanie praktyki, opłaty kapitałowej oraz opłaty za usługę w przypadku określonej krótkiej listy świadczeń.

GP opłacani są z zachowaniem zasady „koszty i trochę więcej”. Opłaty są więc logicznie pomyślane jako te pokrywające koszty oraz dochód netto lekarza za pracę. Oba te elementy są monitorowane i corocznie publikowane przez *Doctors' and Dentists' Review Body* (DDRB), która na podstawie tych badań dokonuje rekomendacji co do zmian w poszczególnych elementach opłat. Koncepcja opłacania lekarzy rodzinnych jest zatem taka, by prócz pokrycia koniecznych kosztów, średnio lekarz był w stanie wypracować określoną kwotę dochodu.

Jak wspomniano powyżej, opłaty wobec GP składają się z następujących elementów:

**Opłata kapitałowa** – stanowiąca około 50% rocznych przychodów GP, związana jest z osobą pacjenta. Jej sensem jest zachęcenie GP do takiego traktowania pacjentów, by ci, mając możliwość wyboru, wybierali danego lekarza.

**Stafa roczna opłata** – jest drugim pod względem wielkości elementem przychodów rocznych GP, jest pomyślana jako kwota, która ma pokryć stałe, niezmiennie i konieczne koszty związane z prowadzeniem praktyki.

**Opłaty za promocję zdrowia** – opłaty, które lekarz otrzymuje za działania z zakresu promocji zdrowia, za włączenie pacjentów do programów *diseases management*, oraz za osiągnięcie pewnego poziomu wyszczepień czy badań skryningowych szyjki macicy.

**Opłaty za usługę** – stosowane w przypadku niektórych usług, których wykonywanie jest szczególnie promowane przez administrację ochrony zdrowia, takich jak np. usługi (porady) z zakresu antykoncepcji.

W rezultacie wysokość indywidualnych dochodów lekarza rodzinnego zależeć będzie od wielu czynników, w tym liczby pacjentów, ich ewentualnego kwalifikowania się do odpowiednich grup dyspenseryjnych (*disease management*), oraz liczby wykonanych pewnych preferowanych usług.

Wprowadzenie formy GP *fundholdera* czy innych rozwiązań z lekarzem rodzinnym jako nabywcą świadczeń innych wykonawców, nie wpłynęło na sposób ani wysokość dochodów lekarzy. Środki w budżecie GP *fundholdera* nie mogły być wykorzystywane jako dodatkowe źródło dochodów lekarza. Motywacje do stosowania zasady GP *fundholdera* nie miały charakteru motywacji finansowych, lecz jedynie możliwość nabywania świadczeń dla swoich pacjentów.

NHS (*Primary Care*) Act 1997 wprowadził możliwość odmiennego od krajowego zawierania kontraktów z lekarzami rodzinnymi w niektórych miejscach w kraju. Celem uruchomienia możliwości autonomicznego podejmowania decyzji na poziomie poszczególnych HA było testowanie nowych rozwiązań kontraktowych pomiędzy HA a lekarzami rodzinnymi. Wśród różnych potencjalnych możliwości kontraktowania rozważano i testowano tworzenie wieloosobowych zespołów lekarzy rodzinnych, dysponujących budżetem na całość opieki nad pacjentami, którzy sami byli pracownikami zatrudnionymi na etatach.

Kolejnym krokiem w zmianach w medycynie rodzinnej było przypisanie wszystkich lekarzy rodzinnych od 1 stycznia 1999 roku (dla pewnych grup lekarzy to była data 1 stycznia 2000) do poszczególnych PCG i PCT. Formacje te są pewnym odpowiednikiem praktyk grupowych, lecz populacje, jakie obejmują, mogą być znaczne i sięgające 100 000 obywateli i więcej. Poszczególne lekarze zachowują w tych strukturach status właściciela praktyki indywidualnej.

W przeciwieństwie do lekarzy GP, lekarze szpitalni są bezpośrednio zatrudnieni przez NHS na etatach. Skale pensji tych lekarzy są corocznie ustalane przez DoH, który bierze pod uwagę rekomendacje *Review Body on Doctors' and Dentists' Remuneration*. Skale dochodowe poszczególnych grup lekarzy szpitalnych na rok 2003 przedstawiono w tab. 4. Jako uzupełnienie zarobków w NHS, konsultanci NHS (status starszych specjalistów), zatrudnieni na pełny etat są **uprawnieni** do uzyskiwania dodatkowo jedynie 10% dochodów brutto z praktyki prywatnej. Konsultanci zatrudnieni na nie więcej niż 1/2 etatu mają prawo angażować się w praktykę prywatną bez ograniczeń kwotowych, są za to zobowiązani do przepracowania części swojego zatrudnienia w strukturach NHS bez uzyskiwania wynagrodzenia (szacunkowo 1/11 wynagrodzenia). Regulacje tego typu są wynikiem debat na temat nieprawidłowości, wynikających z jednoczesnego zatrudnienia w NHS i praktyce prywatnej. Uważa się, że takie równoczesne podejmowanie pracy skutkuje zmniejszeniem faktycznego czasu przepracowanego w ramach NHS i/lub mniejszego zaangażowania w pracę wykonywaną na rzecz NHS.

Niektórzy konsultanci zatrudnieni w szpitalach otrzymują dodatkowo, oprócz pensji szpitalnej, tzw. *merit awards*. Te bonusy są uzależnione od osiąganych wyników w aktywności naukowej, a nie klinicznej, co jest jednocześnie elementem krytyki tego systemu.

## Niemcy

### Organizacja systemu ochrony zdrowia

W Niemczech nie występuje pojedynczy budżet publicznych środków na ochronę zdrowia, lecz środki te są gromadzone w 17 budżetach zasilanych podatkami (16 budżetów landów oraz budżet federalny) i w blisko 500 budżetach zasilanych składkami na ubezpieczenie zdrowotne (kasy chorych).

Budżety zasilane ze źródeł podatkowych zależą od decyzji odpowiednich parlamentów (landów lub federalnego), natomiast budżety kas chorych zależą od decyzji ich zarządów, które ustalają wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne.



Środki gromadzone w budżetach landów i federalnym przeznaczane są na działania z zakresu zdrowia publicznego (np. ochrona sanitarna) oraz inwestycje, dokonywane w szpitalach należących do sieci szpitalnej. Budżet federalny opłaca także składki za żołnierzy zawodowych, policjantów oraz finansuje szkolnictwo medyczne i badania naukowe. Część środków w budżetach landów pochodzi z transferów z budżetu federalnego.

Zasadniczo kasy chorych mogą dokonywać zmian w wysokości żądanej składki w zależności od wielkości koniecznych (planowanych) wydatków. Istnieją także mechanizmy administracyjne, poza quasi-rynkowymi, polegające na względnej konkurencji kas, ograniczające przyrost tych składek (a właściwie przyrost wydatków na świadczenia zdrowotne).

W sensie alokacji zasobów należy mieć na uwadze następujące uwarunkowania systemu niemieckiego:

- kasy chorych posługują się planami przychodów w celu określenia planów wydatków. W coraz większym stopniu i w kolejnych możliwych punktach stosują samoograniczające mechanizmy finansowania świadczeń, w szczególności budżety oraz limity wzrostu wydatków,
- tak budżety kas chorych, jak i poszczególnych świadczeniodawców, w znacznym stopniu oparte są na historycznych wskaźnikach z poprzednich lat, powielając z roku na rok istniejące różnice w wydatkach w przeliczeniu na ubezpieczonego lub leczonego.

### Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

W ciągu ostatnich lat niemiecki sektor szpitalnictwa odnotował istotne zmiany. Wychodził od sytuacji sprzed 1993 roku, gdy szpitale otrzymywały środki w pełni pokrywające ich wydatki, przy tym środki te miały charakter rocznych budżetów, obliczanych na podstawie liczby osobodni w poprzednim roku mnożonej przez koszt osobodnia w tym roku. W ostatnich latach natomiast zmierza w kierunku wprowadzenia systemu finansowania w oparciu o *case-mix* (DRG), adaptując rozwiązania australijskie w tym względzie. W międzyczasie stosowane są w Niemczech rozwiązania mieszane, łączące tradycyjne budżety oparte na osobodniach z płatnościami za przypadek lub procedurę.

W 1972 r. ustawa o finansowaniu szpitali wprowadziła dualny system finansowania, który miał pokrywać wszystkie koszty szpitali i który doprowadził do ogromnego rozwoju tego sektora ochrony zdrowia w Niemczech. System ten polega na odrębnym finansowaniu kosztów „bieżących” wykonywania usług szpitalnych ze środków kas chorych oraz kosztów inwestycyjnych i odtworzeniowych ze środków landów (w części pochodzących z transferów z budżetu federalnego). Dodatkowo, dość istotnym źródłem przychodów są kwoty wpłacane przez pacjentów jako tzw. współpłacenie.

Przychody ze źródeł kas chorych pokrywają „bieżące” koszty funkcjonowania szpitala, w tym koszty personelu lekarskiego, który jest zatrudniany na etatach w szpitalach. Ordynatorzy oddziałów szpitalnych mają dodatkowo prawo do prowadzenia prywatnych łóżek w swoich oddziałach, na które mogą przyjmować pacjentów, otrzymując od nich wynagrodzenie za to leczenie.

Tab. 5. Przykładowe pozycje z niemieckiej klasyfikacji procedur medycznych (EBM – wersja z roku 1996)

Nazwa usługi	Wartość punktowa
Podstawowa opłata za opiekę nad pacjentem przez 3 miesiące zależne od specjalności lekarskiej, stanu pacjenta	60–575
Dodatek do opłaty podstawowej, dla następujących specjalności: nefrologia – opieka nad dializowanym onkologia – pacjent ze zdiagnozowaną ch. nowotworową reumatologia – pacjent z zwyrodnieniowym zapaleniem stawów	900
Opłata za wizytę	50
Rozpoznanie i terapia zaburzeń psychicznych poprzez konwersację, trwającą minimum 15 min	450
Wizyta domowa, zwykła	400
Wizyta domowa, nagła	600
Opieka przedporodowa	1 850
Skryning nowotworowy	260 (męż.) /310 (kob.)
Ogólna ocena stanu zdrowia	780
EKG	250
Densytometria	450

W roku 1993 nastąpiły istotne zmiany, których celem było zwiększenie efektywności działania szpitali. Zniesiono zasadę pełnego pokrywania kosztów szpitalnych; dopuszczono do powstawiania deficytów lub nadwyżek w szpitalach i określono stały budżet każdego ze szpitali na podstawie ostatniego roku sprzed zmiany.

Zmiany (wzrost) budżetu szpitala był regulowany poprzez publikowane przez Ministerstwo Zdrowia wskaźniki i ewentualnie korygowany wg wskaźników rzeczywiście osiągniętych. Określono jednocześnie listę wyjątków, na które szefowie szpitali mogli się powoływać, chcąc uzyskać dodatkowe środki, a także standardy zatrudnienia pielęgniarek, jednocześnie dopuszczając zwiększenie budżetu o odpowiednie do niego koszty.

Szpitale mogą również prowadzić działalność ambulatoryjną, obejmującą opiekę nad pacjentem hospitalizowanym w tym szpitalu, na kilka dni przed i po pobycie szpitalnym, co miało prowadzić do skrócenia pobytów szpitalnych. Ze względu na słabe motywacje finansowe (stałe budżety), działalność tego typu była jednak marginalna.

W roku 1996 wprowadzono prospektywne stawki za przypadek i za procedurę, co było wstępem do powszechnego wprowadzenia systemu *case-mix*. Celem wprowadzenia tego systemu było zwiększenie efektywności działania szpitali, poprzez stymulowanie ich produktywności. Zasada była zatem taka, że szpitale, które są w stanie wykonać daną usługę poniżej jej „ceny” zyskują, inne zaś tracą na leczeniu danego przypadku. W ten sposób część ryzyka została przeniesiona z kas chorych na szpitale.

Opłaty za przypadek (FP) w założeniach zawierają wszystkie koszty związane z leczeniem danego rodzaju

**Tab. 6.** Zmiany w liczbie lekarzy, wytworzonych usług oraz wynagrodzeń w sektorze ambulatoryjnym w latach 1988–1995

	1988–1992	1992–1995	1988–1995
Liczba lekarzy w Stowarzyszeniu Lekarzy Kas Chorych	12%	15%	29%
Liczba usług	32%	26%	67%
Liczba usług/lekarza	18%	10%	30%
Sumaryczna refundacja	34%	13%	51%
Refundacja/lekarza	19%	-1%	18%
Refundacja/usługę	10%	-10%	-9%

Source: Busse & Howorth 1999

pacjentów. Przypadek określany jest jako kombinacja rozpoznania zasadniczego z pobytu w szpitalu oraz głównej interwencji (najczęściej procedury), jaka została wykonana na rzecz pacjenta.

Opłaty za procedurę z kolei wypłacane są wraz z nieco zmniejszonymi stawkami za osobodzień. Opłaty za procedurę w założeniach pokrywają jedynie sam akt wykonania zabiegu, nie zawierając innych elementów kosztów, takich jak pobyt na oddziale i leczenie zachowawcze.

Każda pozycja z cennika opłat za przypadek (aktualnie 70), czy za procedurę (aktualnie 150), ma przypisaną wartość punktową, która odzwierciedla zużycie zasobów na ten typ działania. W chwili konstruowania niniejszej skali, co odbywało się poprzez obserwację kosztów leczenia pewnej liczby pacjentów (przypadków), czy też kosztów wykonania

określonej procedury, wartość jednego punktu wynosiła 1 DM. Z czasem oraz z uwagi na umiejscowienie płatnika, wartość pojedynczego punktu zaczęła się różnicować. W praktyce wartość ta jest określana w drodze negocjacji pomiędzy płatnikiem a szpitalami na szczeblu landu.

W definicji poszczególnych pozycji z listy przypadków określony został maksymalny czas pobytu związany z danym przypadkiem. W sytuacji przekroczenia tego czasu w trakcie leczenia danego pacjenta, szpital ma prawo naliczyć dodatkowe koszty w oparciu o taryfikator za osobodzień. Takie przypadki zdarzają się w około 3 hospitalizacjach opłacanych wg *fee-per-case*.

W chwili obecnej szacuje się, że około 25% przyjęć szpitalnych rozliczanych jest na podstawie systemu opłat za przypadek i za procedurę, jednocześnie 12% szpitali w ogóle nie używa tego systemu. Jest to spowodowane m.in. tym, że niektóre dziedziny lecznictwa szpitalnego nie mają w zestawie żadnej pozycji FP. Takimi dziedzinami są choroby wewnętrzne, pediatria czy psychiatria, podczas gdy z drugiej strony 50–60% przyjęć pacjentów ginekologicznych, czy okulistycznych jest rozliczanych za przypadek.

Wszystkie inne koszty są refundowane w dwutorowym systemie opartym na osobodniach, w którym z jednej strony naliczana jest jednolita stawka szpitalna na koszty „pozamedyczne”, z drugiej natomiast stawka wg rodzaju oddziału, pokrywająca koszty medyczne, w tym personel i leki.

Omawiane opłaty za przypadek, za procedurę czy dzień pobytu składają się na budżet globalny szpitala, przy czym rozumienie budżetu globalnego w Niemczech jest inne niż jesteśmy do tego przyzwyczajeni w innych krajach. Budżet taki jest budżetem docelowym, będącym wynikiem negocjacji pomiędzy szpitalem a kasami chorych, określanym poprzez kwotę z jednej strony i wiel-

**Tab. 7.** Refundacja i dochody lekarzy praktyk prywatnych w roku 1996

	Refundacja ze Stowarzyszenia	Przychody ogółem (włącznie pacjentów prywatnych)	Koszty personelu i wyposażenia	Dochód przed opodatkowaniem
Dermatolodzy	362 200	500 600	30 3800	196 800
ENT	422 200	576 900	326 100	250 800
Ginekologodzy	378 800	488 500	284 900	203 500
Interniści	430 500	527 100	320 500	206 600
Neurologodzy	333 800	398 800	220 400	178 400
Okuliści	372 600	523 700	300 700	223 100
Ortopedzi	496 500	686 500	457 400	229 100
Pediatrzy	368 300	405 700	231 300	174 300
Radiologodzy	813 100	1 103 200	870 600	232 600
Chirurdzy	391 000	560 200	387 600	172 600
Urologodzy	407 000	543 900	343 500	200 300
Średnio	415 100	531 100	330 500	200 600
Lekarze rodzinni (ogólni)	320 700	369 900	214 100	155 800

Source: Federal Association of SHI Physicians 1998

kość „produkcji” z drugiej. W przypadku, gdy tak określony cel w danym roku zostanie przekroczony, szpital uzyskuje dodatkowe środki, lecz w mechanizmie degresywnym; od 20 do 50% wielkości podstawowych. Z kolei, jeśli planowana wielkość „produkcji” nie zostanie wykonana, szpital zachowuje 40% środków z budżetu globalnego, pozostałą część zwracając.

#### **Płatności kas chorych w stosunku do lekarzy lecznictwa ambulatoryjnego nie są bezpośrednie, lecz następują za pośrednictwem Stowarzyszeń Lekarzy Kas Chorych na poziomie poszczególnych landów.**

Każdy lekarz, który zamierza prowadzić praktykę i przyjmować ubezpieczonych kas chorych, musi zostać członkiem Stowarzyszenia. Stowarzyszenie prowadzi co-rocennie negocjacje z poszczególnymi kasami chorych, reprezentowanymi z kolei przez swoje Stowarzyszenie.

Negocjacjaom podlegają opłaty kapitacyjne, jakie kasy wnoszą do Stowarzyszenia za swoich ubezpieczonych. Poziomy stawki kapitacyjnej różni się w poszczególnych landach, a także pomiędzy różnymi ubezpieczycielami w ramach landu.

Następnie Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych dokonuje dystrybucji otrzymanych środków pomiędzy swoich członków, wg Jednolitej Skali Wartościowej (EBM) usług medycznych i innych regulacji. Płatności wykonywane są na podstawie kwartalnych raportów składanych przez lekarzy, z wyszczególnieniem liczby w ogólnej wartości punktowej wykonanych na rzecz pacjentów usług. Stowarzyszenie zobowiązane jest do dokonania sprawdzenia wiarygodności przedstawionych raportów i zsumowania ich wartości.

Usługi medyczne podlegające refundacji muszą zawierać się w EBM, która tym samym stanowi zakres świadczeń gwarantowanych. Lista jest tworzona w ramach wspólnych prac Stowarzyszenia Lekarzy Kas Chorych oraz Stowarzyszenia Kas Chorych. Oprócz tej listy istnieje także lista *Individuelle Gesundheitsleistungen* (IGEL), będąca listą świadczeń niepodlegających refundacji kas chorych.

Na liście EBM znajduje się 147 usług o charakterze uniwersalnym (konsultacje, wizyty, badania skryningowe) oraz kilkaset usług o charakterze specjalistycznym. Rozdział poświęcony chirurgii i ortopedii zawiera 355 usług, rozdział laryngologiczny 97 pozycji, chorób wewnętrznych 87 pozycji. Każdej z pozycji przypisana jest wartość punktowa oraz pewne warunki, jakie muszą być spełnione, by starać się o refundację, np. określone wskazania do wykonania danej usługi lub listę usług wykluczonych w trakcie tej samej wizyty (tab. 5.).

Ostatecznie kwota, jaką praktyka lekarska uzyska za wykonane usługi zależy od następujących czynników:

- od roku 1997 określane są limity liczby punktów, jakie lekarz może wykorzystać w stosunku do pojedynczego pacjenta, przy czym limity te różnią się między specjalnościami (lekarza) oraz landami,
- kwota jaka została wynegocjowana przez Stowarzyszenie z kasami chorych dla danego obszaru (a tym samym grupy lekarzy), jest dzielona przez sumaryczną liczbę wytworzonych w danym kwartale punktów, z czego powstaje wartość pojedynczego punktu,

- ostateczny poziom refundacji jest dalej modyfikowany poprzez Skalę Dystrybucji Refundacji, która koryguje krańcowe wartości (minimum, maksimum) poziomów refundacji poszczególnych grup specjalności.

Kwartałne raporty są przedmiotem działań, mających na celu zapobieganie nadużyciom oraz nadmiernej konsumpcji/produkcji świadczeń. Kontrole dotyczą przypadkowo wybranych lekarzy oraz tych lekarzy, którzy wyróżniają się w parametrach liczby i rodzaju usług (tab. 6.).

Analiza wskaźników dotyczących liczby usług i poziomu ich refundacji wskazuje, iż w ciągu kilkunastu lat refundacja w przeliczeniu na lekarza wzrastała nieregularnie, szczególnie w latach 1992–1995. W tym czasie liczba lekarzy znacznie wzrastała. W przeliczeniu na usługę, kwota refundacji spadała poza okresem 1988–1992 (tab. 6.).

Pomimo umiarkowanych wzrostów refundacji w przeliczeniu na lekarza, dochody lekarzy pracujących we własnych praktykach pozostały na wysokim poziomie, co należy przypisać istotnemu wzrostowi opłat wnoszonych przez prywatnych pacjentów. Średnie dochody lekarzy kształtują się w przedziale 150 000 DM, dla lekarzy ogólnych do 250 000 dla ENT, co oznacza od dwóch do trzech razy więcej niż inni pracownicy umysłowi (WHO 2001).

## **Stany Zjednoczone Ameryki Północnej**

### **Organizacja systemu ochrony zdrowia**

Amerykański system ochrony zdrowia jest bardzo różnorodny w strukturze i unikalny wśród krajów wysoko przemysłowych. Podstawowe cechy tego systemu to:

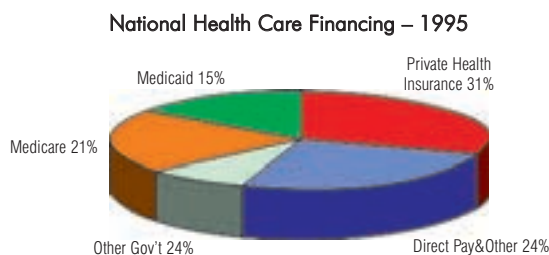
- brak obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osób pracujących,
- znaczna swoboda w zakresie organizacji i tworzenia instytucji rynku ochrony zdrowia, w tym jednostek opieki zdrowotnej i firm płatniczych,
- dominujący prywatny sektor, w przewadze działający *for-profit*, tak po stronie świadczeniodawców, jak i płatników świadczeń ochrony zdrowia,
- programy ubezpieczeniowe stanowe i federalne, obejmujące wybrane grupy społeczne, finansowane z podatków ogólnych.

Jak wspomniano, ubezpieczenie osób pracujących nie jest obowiązkowe (oprócz Hawajów, gdzie pracodawca „zachęcany” jest do ubezpieczania pracowników poprzez sankcje finansowe), w rezultacie czego tylko 61% populacji objętych jest ubezpieczeniem wynikającym ze stosunków pracowniczych. Około 13% populacji wykupuje ubezpieczenie samodzielnie, w różnym zakresie świadczeń i pokrycia kosztów.

Zabezpieczenie zdrowotne populacji uzupełniane jest publicznymi programami ubezpieczeń, takimi jak Medicare, który skierowany jest do osób starszych i chorych na niektóre schorzenia, który pokrywa kolejne 13% populacji. Program Medicare w części A pokrywa koszty leczenia szpitalnego, psychiatrycznego, opieki pielęgniarskiej po ostrych incydentach chorób oraz pielęgniarskich wizyt domowych. W części B, opcjonalnej, pokrywającej koszty porad lekarskich, innych ambulatoryjnych oraz trwałych środ-

ków medycznych, finansowanie pochodzi ze składek uczestników (25%) oraz dotacji federalnej. Istnieje możliwość pokrycia tej części ze środków Medicare, lecz dotyczy to tylko przypadków osób starszych, a jednocześnie ubogich, w sumie dających 9% populacji podopiecznych programu. Medicare jest nastawione na pokrywanie kosztów zachorowań ostrych i nie pokrywa kosztów opieki długoterminowej, okulistyki oraz leków zapisywanych w lecznictwie ambulatoryjnym.

Stałym elementem programu Medicare jest współpłacenie pacjenta, które średnio szacowane jest na 17% kosztów usług i 6% dochodów podopiecznych (ryc. 11.).



Ryc. 11. Źródła finansów w systemie ochrony zdrowia USA (źródło: www.hcfa.gov)

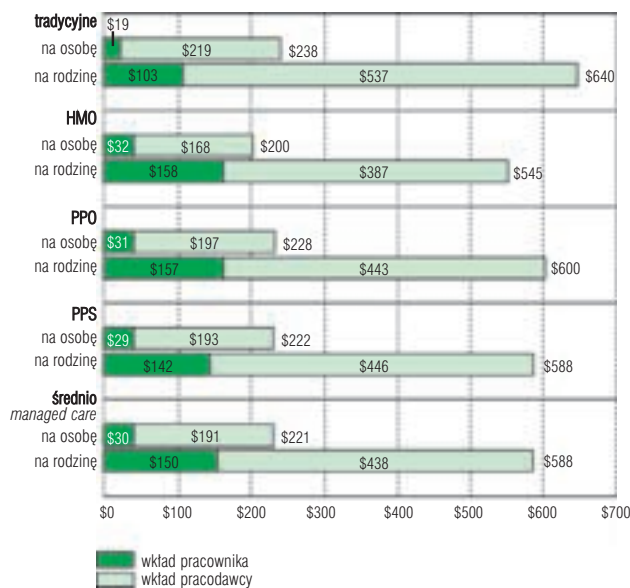
Drugim programem publicznym, interweniującym na tym liberalnym rynku ubezpieczeń zdrowotnych, jest program Medicaid, stanowo-federalny program skierowany do osób ubogich, które jednocześnie są niewidome, upośledzone, są kobietami w ciąży lub wychowują dzieci. Medicaid obejmuje około 10% populacji amerykańskiej i zapewnia usługi prewencji, lecznictwa oraz opieki długoterminowej.

Około 14% populacji jest nieubezpieczona w ogóle, a ubezpieczenie kolejnych 14% jest bardzo ubogie. Większość z tych osób to ludzie stosunkowo młodzi, pracujący, lecz uzyskujący niskie wynagrodzenia.

68% podopiecznych Medicare ma dodatkowe, uzupełniające ubezpieczenie, które pokrywa kwoty współpłacenia oraz usługi nieobjęte ubezpieczeniem Medicare.

Świadczenia zdrowotne dla sektora publicznego dostarczane są tak przez prywatne (większość), jak i publiczne jednostki. Usługi z zakresu zdrowia publicznego finansowane są ze środków publicznych. W latach 90. duża liczba szpitali, domów opieki, hospicjów oraz HMO przekształciła się z jednostek non-for-profit na for-profit. Przy okazji dochodziło do przejść i fuzji w tym sektorze, prowadzących do koncentracji sił wytwórczych, tym samym pewnej poprawy efektywności.

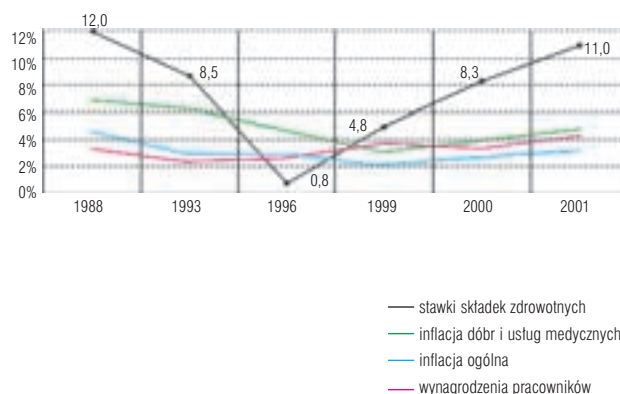
W ciągu ostatnich lat, szczególnie w latach 80., następował ogromny rozwój sektora managed care, który stopniowo eliminował klasyczne ubezpieczenia (indemnity) płaćące fee-for-service. Organizacje managed care, w odróżnieniu do klasycznych ubezpieczeń, stosują motywacje finansowe dla świadczeniodawców, mające ich skłonić do oszczędnego wykorzystywania zasobów (porad specjalistów, usług szpitalnych oraz leków), kontrole i konieczność uzyskiwania zgody na wykonywanie kosztowniejszych procedur, a także systemy nadzoru nad praktyką kliniczną lekarzy oraz kosztami ich działania.



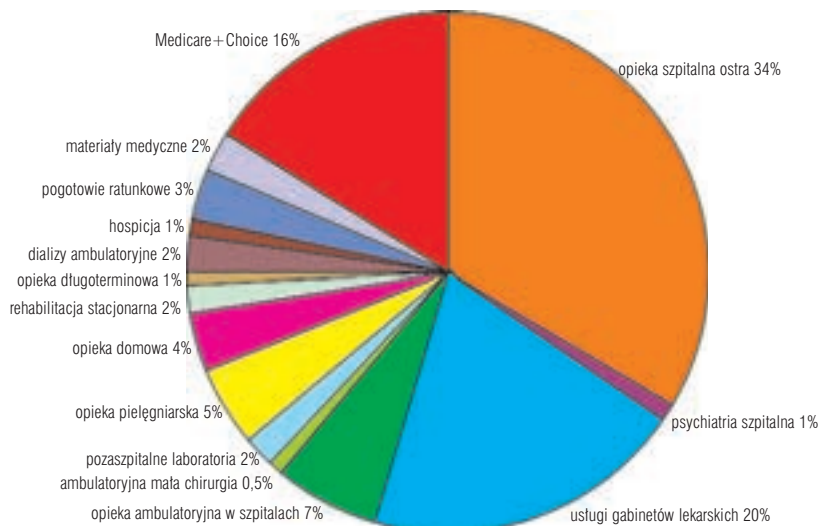
Ryc. 12. Wysokość miesięcznych składek do poszczególnych rodzajów ubezpieczeń i proporcje ich pokrywania

HMO jest najstarszą formą organizacji managed care i najbardziej restrykcyjną w swoim działaniu. Osoby przystępujące do HMO otrzymują możliwość skorzystania z obszernego pakietu świadczeń, które mogą uzyskać w wybranych, ściśle określonych jednostkach. Podstawowa różnica w stosunku do ubezpieczeń klasycznych w pierwszych latach ekspansji HMO polegała właśnie na selektywnym wyborze świadczeniodawców, co pozwalało na uzyskiwanie od nich niskich cen, a tym samym proponowanie klientom niskich składek. Selektywność świadczeniodawców prowadziła jednak często do wyboru tych tańszych i czasem gorszych od strony jakościowej. Powodowała również niewygodę korzystania ze ściśle określonych świadczeniodawców. Niezadowolenie, jakie to wywoływało spowodowało powstanie innych, bardziej liberalnych form organizacji managed care.

POS (point of service) jest odmianą HMO, w których, w zamian za większy udział pacjenta w kosztach leczenia, płaconych w formie współpłacenia, pacjenci uzyskują większą swobodę wyboru świadczeniodawcy.



Ryc. 13. Zmiany w wysokości składek zdrowotnych w różnych typach ubezpieczeń w USA (źródło: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored, KPMG Survey of Employer-Sponsored Health 1988–2000)



Ryc. 14. Rozkład wydatków Medicare na poszczególne kategorie produktów i usług

Istnieje sieć „preferowanych świadczeniodawców” PPO, którzy stosują niższe stawki dla podopiecznych danej organizacji. W ostatnich latach PPO zdobywa coraz większą liczbę zwolenników, kosztem klasycznych HMO. Od roku 1996 odsetek podopiecznych PPO wzrósł z 28%, poprzez 41% w roku 2000 do 48% w roku 2002. Z kolei podopiecznych klasycznego HMO ubywało, z 31% w roku 1996, 29% w roku 2000, do 23% w roku 2002. W tym czasie klasyczne ubezpieczenia zdrowotne, oparte na zasadzie *fee-for-service* prawie znikły z rynku, stanowiąc w roku 2002 zaledwie 7%, podczas gdy w roku 1996 było to jeszcze 27%, a w roku 1988 aż 77% (ryc. 12.).

### Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy

Personel szpitali jest w większości zatrudniony na etatach, za wyjątkiem lekarzy, których duża część to tzw. *attending physician*, kontraktowi lekarze wykonujący usługi z wykorzystaniem zasobów szpitala. Generalnie nie ma krajowych reguł, dotyczących ustalania poziomu wynagrodzeń personelu szpitali, za wyjątkiem lekarzy opłacanych *fee-for-service*, którzy używają CPT jako narzędzia ustalania stawek za swą pracę.

Większość lekarzy pracuje jako właściciele własnych gabinetów, ewentualnie łącząc się z innymi lekarzami w grupy. Pozostali lekarze pracują jako pracownicy agencji rządowych, instytucji *managed care*, lecz jest to mniejszość lekarzy.

W połowie lat 90., w okresie silnej ekspansji organizacji *managed care*, wzrost składek na różne formy ubezpieczenia został zahamowany do 0,8% w roku 1996 w stosunku do 1995. Od tego roku znowu zaczął przyspieszać i w roku 2001 osiągnął 11% w stosunku do 2000, a w roku 2002 był prawdopodobnie jeszcze wyższy. Przyczyn tego wzrostu upatruje się w rozwoju formacji PPO i POS, jako bardziej elastycznych i jednocześnie droższych od klasycznego HMO, a jednocześnie wzrost

wydatków na leki, m.in. napędzany przez możliwość reklamy leków na receptę skierowanej do pacjentów. Te dwa elementy, poprawiające możliwości wyboru pacjenta, jednocześnie przenoszą się na niego w formie wyższych wydatków na składki ubezpieczeniowe (ryc. 13.).

Medicare działa w dwojaki sposób: jako tradycyjny program FFS (*fee-for-service*) oraz poprzez organizację *managed care* (*Medicare + Choice*).

W Medicare FFS, stawki ustalane są prospektywnie i obejmują poszczególne nabywane produkty i usługi. Stawki te obejmują zarówno kwotę płaconą przez Medicare, jak i kwotę współpłaconą przez pacjenta. Zatem świadczeniodawcy, zgadzający się te stawki, określają tym samym całość swoich przychodów od danego pacjenta, przy czym część z nich pochodzi z Medicare, a część bezpośrednio od leczonej osoby.

W Medicare + Choice (M\_C), Medicare określa miesięczną stawkę kapitałową, w odniesieniu do populacji zamieszkującej dany rejon i oferuje ją organizacjom typu *managed care*, działającym na tym terenie. Organizacje te mogą oferować dodatkowe usługi, poza tymi określonymi w kontrakcie z Medicare, które są wtedy opłacane przez podopiecznych z dobrowolnych składek.

W latach 1997–2000 wydano trzy ustawy, dalej regulujące działanie programów publicznych w ochronie zdrowia, są to: *Balanced Budget Act of 1997* (BBA) i *Balanced Budget Refinement Act of 1999* (BBRA), oraz *Medicare, Medicaid, and SCHIP Benefits Improvement and Protection Act of 2000* (BIPA).

Ustawy te w dość zasadniczy sposób wpływają na aktualny sposób działania programów, w szczególności wprowadzają konieczność określenia prospektywnych metod finansowania usług pielęgnacyjnych, lecznictwa ambulatoryjnego (ambulatoria przyszpitalne), opieki domowej, rehabilitacji, opieki długoterminowej i psychiatrycznej. Zmianie mają również podlegać zasady ustalania stawek kapitałowych dla organizacji *mana-*

ged care, działających w ramach Medicare + Choice.

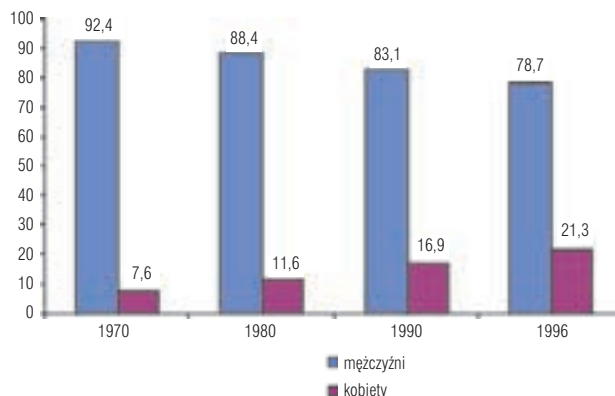
Na podstawie niniejszych regulacji powstaje Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC), która dokonuje corocznej oceny systemów opłacania usług zdrowotnych i formułuje rekomendacje dla Kongresu w tej sprawie.

W Medicare można wyróżnić 15 grup produktów i usług oraz podobną liczbę systemów ich opłacania. W szczególności, w ramach Medicare można wyróżnić systemy opłacania (ryc. 14.).

## Klasyfikacje

Od roku 1992 Medicare w istotny sposób zmieniło sposób opłacania usług lekarskich. W miejsce stawek wyrażanych w jednostkach monetarnych, rząd federalny zastosował standaryzowany system płatności dla lekarzy, w skali punktowej, opartej na zużyciu zasobów (RBRVS).

Ostateczna płatność wobec lekarza kontraktowanego przez Medicare jest wyliczana poprzez pomnożenie wartości punktowej przez tzw. *conversion factor*, wyrażony w jednostkach monetarnych, ustalany corocznie przez Center for Medicare and Medicaid Services (ryc. 15., tab. 8–10.).



Ryc. 15. Odsetek lekarzy amerykańskich wg płci (źródło: Physician Characteristics and Distribution in the U.S., 1997/1998 Edition & prior editions)

Tab. 8. Średnie liczby pacjentów i godzin pracy lekarzy amerykańskich (źródło: AMA Center for Health Policy Research Socioeconomic Monitoring System, Core Surveys for 1995 and 1996)

		Praktyka	Szpital	Inne	Suma
Godziny pracy	mężczyźni	26,7	7,9	24,5	57,5
	kobiety	25,3	6,4	21,7	52,3
Liczba pacjentów	mężczyźni	75,2	20,0	15,3	110,3
	kobiety	65,2	12,4	15,1	92,0

Tab. 9. Wynagrodzenie roczne lekarzy praktykujących prywatnie (źródło: AMA Center for Health Policy Research. Socioeconomic Monitoring System Core Surveys for 1995–1996)

	1982	1984	1993	1995
Wszyscy lekarze	\$97 700	\$108 400	\$189 300	\$192 800
Mężczyźni	100 800	112 500	188 600	205 800
Kobiety	63 700	68 000	124 900	143 300

Tab. 10. Dochód lekarzy w przeliczeniu na godzinę, na wizytę (1995) (źródło: AMA Center for Health Policy Research, Socioeconomic Monitoring System Core Surveys for 1995–1996)

Lata praktyki	Średnio		Na godzinę		Na wizytę	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
1–4	\$161,700	\$113,100	\$59	\$47,80	\$34,30	\$31,30
5–9	\$220,900	\$158,400	\$76,70	\$61,50	\$41,80	\$34,10
10–19	\$233,600	\$167,800	\$83,60	\$70,70	\$41,90	\$36,80
20+	\$185,700	\$133,100	\$72,90	\$55,70	\$37,00	\$30,30

<sup>1</sup> Mowa o takich świadczeniach, jak świadczenia stomatologiczne, procedury wysoko specjalistyczne, niektóre badania diagnostyczne, czy z drugiej strony świadczenia ponadstandardowe.

<sup>2</sup> Kami Troy, MPH Heller Healthcare, The Relationship Between Physicians' Workload and Patient Satisfaction, <http://www.govmedcareers.com/partners/heller/news-articles.asp>, Helen Mulholland, Alexander L Muir Time to Care, A Report on Consultant Physicians Workload, The Royal College of Physicians & Surgeons of Glasgow, Scotland, May to June 1996.

<sup>3</sup> MEDICARE SCHEDULE REVIEW BOARD, Remuneration Rates Study, EXECUTIVE SUMMARY, Healthcare Management Advisors Pty Ltd, HEALTHCARE MANAGEMENT ADVISORS, Canberra 2000.

<sup>4</sup> AMA Center for Health Policy Research, Socioeconomic Monitoring System Core Surveys for 1995–1996.

<sup>5</sup> CPR – *customary, prevailing and reasonable* – zwyczajowe, przeważające, rozsądne – stosowane jako zasady ustalania przez praktyki lekarskie cen do refundacji przez publicznego płatnika.

## Załącznik

Poniższe tabele przedstawiają przykładową punktację oraz krótkie opisy wybranych procedur, funkcjonujących w systemie RBRVS. Wyjaśnienie wszystkich występujących w ww. tabelach pojęć i skrótów można znaleźć w tab. 1.

Tab. 1. Wciąg z Medicare RBRVS z następującymi elementami:

Pole	Maks. długość	Opis
Kod CPT	5	Numer kodowy klasyfikacji CPT-4 oraz dodatkowych kodów RBRVS, wprowadzonych przez CMS, nie występujących w systemie CPT, a objętych systemem refundacji w Medicare
Modyfikator	3	Kod dodatkowo zawężający znaczenie i wartościowanie: – 26 (tylko specjaliści medycyjni), – TC (komponent techniczny)
Krótki opis	28	Skrócona nazwa procedury, często taka sama dla różnych odmian lub skali poszczególnych procedur
RVU dla pracy	5	Relatywna wartość punktowa pracy lekarza (innego specjalisty medycznego), związana z daną procedurą
RVU dla kosztów praktyki (facility practice)	5	Relatywna wartość punktowa kosztów związanych z pracą personelu pomocniczego oraz kosztów materiałowych, w ramach szpitala, przychodni, zakładu opiekuńczo-leczniczego (jako przeciwieństwo gabinetu indywidualnego)
RVU dla kosztów praktyki (non-facility practice)	5	Relatywna wartość punktowa kosztów związanych z pracą personelu pomocniczego oraz kosztów materiałowych, w gabinecie praktyki indywidualnej (grupowej)
RVU dla ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej	5	Relatywna wartość punktowa kosztów związanych z ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej
RVU sumaryczne (non-facility setting)	5	Medicare Physician Payment Schedule – Total RVUs dla całości kosztów związanych z pracą personelu zasadniczego i pomocniczego oraz kosztów materiałowych, w ramach gabinetu (praktyki) indywidualnego
RVU sumaryczne (facility setting)	5	Medicare Physician Payment Schedule – Total RVUs dla całości kosztów związanych z pracą personelu zasadniczego i pomocniczego oraz kosztów materiałowych, w ramach szpitala, przychodni, zakładu opiekuńczo-leczniczego (jako przeciwieństwo gabinetu indywidualnego)
Całkowity czas opieki	3	Liczba dni objętych płatnością, w ramach opieki pozabiegowej lekarza wykonującego zabieg; XXX – oznacza, że nie występują dni opieki pozabiegowej w danej procedurze, ZZZ – oznacza, że kod jest częścią innej usługi i występuje w (pełnym) czasie jej trwania

Tab. 2. Tabela obejmująca punktację poszczególnych procedur (wybór)

Kod CPT	Modyfikator	Opis krótki	RVU dla pracy	RVU dla kosztów praktyki (non-facility setting)	RVU dla kosztów praktyki (facility setting)	RVU dla ubezpieczenia	Całkowity czas opieki po zabiegu	RVU sumaryczne (non-facility setting)	RVU sumaryczne (facility setting)
10060		Drenaż ropnia skóry	1,17	0,7	1,51	0,08	10	1,95	2,76
10061		Drenaż ropnia skóry	2,4	1,48	1,88	0,17	10	4,05	4,45
11400		Usunięcie zmiany na skórze	0,91	0,36	1,68	0,06	10	1,33	2,65
11401		Usunięcie zmiany na skórze	1,32	0,53	1,83	0,09	10	1,94	3,24
11402		Usunięcie zmiany na skórze	1,61	0,98	2,61	0,12	10	2,71	4,34
11403		Usunięcie zmiany na skórze	1,92	1,12	2,84	0,16	10	3,2	4,92
...									
12002		Zaopatrzenie powierzchownej rany (ran)	1,86	0,95	2,21	0,15	10	2,96	4,22
12004		Zaopatrzenie powierzchownej rany (ran)	2,24	1,07	2,47	0,17	10	3,48	4,88
12005		Zaopatrzenie powierzchownej rany (ran)	2,86	1,25	3,04	0,23	10	4,34	6,13
...									
19120		Usunięcie zmiany w piersi	5,56	3,2	5,18	0,56	90	9,32	11,3
19125		Wycięcie zmiany w piersi	6,06	3,36	5,36	0,61	90	10,03	12,03
19126		Wycięcie zmiany w piersi	2,93	1,06	1,06	0,3	ZZZ	4,29	4,29
19140		Usunięcie tkanki gruczołu piersiowego	5,14	3,79	10,26	0,52	90	9,45	15,92
19160		Usunięcie tkanki gruczołu piersiowego	5,99	4,62	4,62	0,61	90	11,22	11,22
19162		Usunięcie tkanki gruczołu piersiowego, węzłów	13,53	8,07	8,07	1,38	90	22,98	22,98

Kod CPT	Mody-fikator	Opis krótki	RVU dla pracy	RVU dla kosztów praktyki (non-facility setting)	RVU dla kosztów praktyki (facility setting)	RVU dla ubezpieczenia	Całkowity czas opieki po zabiegu	RVU sumaryczne (non-facility setting)	RVU sumaryczne (facility setting)
19180		Usunięcie piersi	8,8	6,08	6,08	0,88	90	15,76	15,76
19182		Usunięcie piersi	7,73	5,06	5,06	0,79	90	13,58	13,58
19200		Usunięcie piersi	15,49	9,33	9,33	1,51	90	26,33	26,33
19220		Usunięcie piersi	15,72	9,52	9,52	1,56	90	26,8	26,8
19240		Usunięcie piersi	16	8,94	8,94	1,62	90	26,56	26,56
19260		Usunięcie zmiany w ścianie klatki piersiowej	15,44	9,12	9,12	1,64	90	26,2	26,2
19271		Rewizja ściany klatki piersiowej	18,9	11,13	11,13	2,27	90	32,3	32,3
19272		Obszerny zabieg na klatce piersiowej	21,55	12,36	12,36	2,54	90	36,45	36,45
19357		Rekonstrukcja piersi	18,16	14,4	14,4	1,96	90	34,52	34,52
19361		Rekonstrukcja piersi	19,26	12,45	12,45	2,08	90	33,79	33,79
19364		Rekonstrukcja piersi	41	25,45	25,45	3,91	90	70,36	70,36
19366		Rekonstrukcja piersi	21,28	12,02	12,02	2,27	90	35,57	35,57
...									
24577		Zaopatrzenie złamania kości ramiennej	5,79	6,13	8,22	0,81	90	12,73	14,82
24579		Zaopatrzenie złamania kości ramiennej	11,6	11,32	11,32	1,62	90	24,54	24,54
24582		Zaopatrzenie złamania kości ramiennej	8,55	10,46	10,46	1,2	90	20,21	20,21
31367		Częściowe usunięcie krtni	21,86	23,92	23,92	1,57	90	47,35	47,35
31368		Częściowe usunięcie krtni	27,09	28,64	28,64	1,9	90	57,63	57,63
31370		Częściowe usunięcie krtni	21,38	23,46	23,46	1,51	90	46,35	46,35
31375		Częściowe usunięcie krtni	20,21	21,16	21,16	1,43	90	42,8	42,8
31380		Częściowe usunięcie krtni	20,21	21,41	21,41	1,4	90	43,02	43,02
31382		Częściowe usunięcie krtni	20,52	23,06	23,06	1,44	90	45,02	45,02
31390		Wycięcie kratki i gardła	27,53	28,9	28,9	1,95	90	58,38	58,38
31395		Wycięcie kratki i gardła	31,09	35,02	35,02	2,27	90	68,38	68,38
33200		Wszczepienie rozrusznika	12,48	9,59	9,59	1,17	90	23,24	23,24
33201		Wszczepienie rozrusznika	10,18	9,39	9,39	1,21	90	20,78	20,78
33206		Wszczepienie rozrusznika	6,67	5,35	5,35	0,5	90	12,52	12,52
33207		Wszczepienie rozrusznika	8,04	6	6	0,57	90	14,61	14,61
33208		Wszczepienie rozrusznika	8,13	6,14	6,14	0,54	90	14,81	14,81
33210		Założenie elektrody do serca	3,3	1,34	1,34	0,17	0	4,81	4,81
33211		Założenie elektrody do serca	3,4	1,41	1,41	0,17	0	4,98	4,98
33233		Usunięcie rozrusznika	3,29	3,8	3,8	0,22	90	7,31	7,31
33234		Usunięcie rozrusznika	7,82	5,03	5,03	0,56	90	13,41	13,41
33401		Plastyka zastawki, otwarta	23,91	14,85	14,85	2,71	90	41,47	41,47
33403		Plastyka zastawki, z pomostowaniem	24,89	15,99	15,99	2,48	90	43,36	43,36
33510		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła, pojedyncza	29	15,53	15,53	3,13	90	47,66	47,66
33511		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła, dwie	30	16,05	16,05	3,34	90	49,39	49,39
33512		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła, trzy	31,8	16,65	16,65	3,7	90	52,15	52,15
33513		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła, cztery	32	16,77	16,77	3,99	90	52,76	52,76
33514		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła, pięć	32,75	17	17	4,37	90	54,12	54,12
33517		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła i tętnica, pojedyncza	2,57	0,86	0,86	0,32	ZZZ	3,75	3,75
33518		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła i tętnica, dwie	4,85	1,62	1,62	0,61	ZZZ	7,08	7,08
33519		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła i tętnica, trzy	7,12	2,38	2,38	0,89	ZZZ	10,39	10,39
33521		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła i tętnica, cztery	9,4	3,15	3,15	1,18	ZZZ	13,73	13,73
33522		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła i tętnica, pięć	11,67	3,91	3,91	1,48	ZZZ	17,06	17,06
33523		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, żyła i tętnica, sześć i więcej	13,95	4,63	4,63	1,78	ZZZ	20,36	20,36
33533		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, tętnica, pojedyncza	30	17,24	17,24	3,24	90	50,48	50,48
33534		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, tętnica, dwie	32,2	17,45	17,45	3,63	90	53,28	53,28
33535		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, tętnica, trzy	34,5	17,77	17,77	3,97	90	56,24	56,24
33536		Pomostowanie tętnicy wieńcowej, tętnica, cztery i więcej	37,5	19,27	19,27	3,29	90	60,06	60,06
70010	TC	RTG csn z kontrastem	0	4,11	4,11	0,18	XXX	4,29	4,29
70010	26	RTG csn z kontrastem	1,19	0,42	0,42	0,06	XXX	1,67	1,67
70010		RTG csn z kontrastem	1,19	4,53	4,53	0,24	XXX	5,96	5,96
670330		RTG stawów żuchwowych	0,24	0,88	0,88	0,05	XXX	1,17	1,17



Kod CPT	Modyfikator	Opis krótki	RVU dla pracy	RVU dla kosztów praktyki (non-facility setting)	RVU dla kosztów praktyki (facility setting)	RVU dla ubezpieczenia	Całkowity czas opieki po zabiegu	RVU sumaryczne (non-facility setting)	RVU sumaryczne (facility setting)
70330	TC	RTG stawów żuchwowych	0	0,8	0,8	0,04	XXX	0,84	0,84
70330	26	RTG stawów żuchwowych	0,24	0,08	0,08	0,01	XXX	0,33	0,33
72131	26	CT kręgosłup lędźwiowy, bez kontrastu	1,16	0,41	0,41	0,05	XXX	1,62	1,62
72131		CT kręgosłup lędźwiowy, bez kontrastu	1,16	6,02	6,02	0,31	XXX	7,49	7,49
72148		MRI kręgosłup lędźwiowy, bez kontrastu	1,48	12,34	12,34	0,6	XXX	14,42	14,42
72148	TC	MRI kręgosłup lędźwiowy, bez kontrastu	0	11,82	11,82	0,53	XXX	12,35	12,35
72148	26	MRI kręgosłup lędźwiowy, bez kontrastu	1,48	0,52	0,52	0,07	XXX	2,07	2,07
76090	26	Mammografia, jedna pierś	0,7	0,25	0,25	0,03	XXX	0,98	0,98
76090		Mammografia, jedna pierś	0,7	1,25	1,25	0,08	XXX	2,03	2,03
76090	TC	Mammografia, jedna pierś	0	1	1	0,05	XXX	1,05	1,05
77261		Zaplanowanie radioterapii	1,39	0,56	0,56	0,06	XXX	2,01	2,01
77262		Zaplanowanie radioterapii	2,11	0,82	0,82	0,09	XXX	3,02	3,02
77263		Zaplanowanie radioterapii	3,14	1,23	1,23	0,13	XXX	4,5	4,5
77295		Określenie pól nasświetlań	4,57	28,18	28,18	1,41	XXX	34,16	34,16
77295	26	Określenie pól nasświetlań	4,57	1,65	1,65	0,18	XXX	6,4	6,4
77295	TC	Określenie pól nasświetlań	0	26,53	26,53	1,23	XXX	27,76	27,76
77300		Zaplanowanie dawki nasświetlań	0,62	1,5	1,5	0,09	XXX	2,21	2,21
77300	TC	Zaplanowanie dawki nasświetlań	0	1,28	1,28	0,06	XXX	1,34	1,34
77300	26	Zaplanowanie dawki nasświetlań	0,62	0,22	0,22	0,03	XXX	0,87	0,87
77401		Wykonanie nasświetlań	0	1,68	1,68	0,09	XXX	1,77	1,77
77402		Wykonanie nasświetlań	0	1,68	1,68	0,09	XXX	1,77	1,77
77403		Wykonanie nasświetlań	0	1,68	1,68	0,09	XXX	1,77	1,77
88106	26	Cytologia, płyny	0,56	0,26	0,26	0,02	XXX	0,84	0,84
88107		Cytologia, płyny	0,76	1,01	1,01	0,05	XXX	1,82	1,82
88107	TC	Cytologia, płyny	0	0,66	0,66	0,02	XXX	0,68	0,68
88107	26	Cytologia, płyny	0,76	0,35	0,35	0,03	XXX	1,14	1,14
88141		Cytologia, szyjka/pochwa, opis	0,42	0,19	0,19	0,01	XXX	0,62	0,62
88160		Cytologia, wymaz, inne źródło	0,5	1,01	1,01	0,04	XXX	1,55	1,55
88160	TC	Cytologia, wymaz, inne źródło	0	0,78	0,78	0,02	XXX	0,8	0,8
88160	26	Cytologia, wymaz, inne źródło	0,5	0,23	0,23	0,02	XXX	0,75	0,75
88304	26	Badanie histopatologiczne	0,22	0,1	0,1	0,01	XXX	0,33	0,33
88305		Badanie histopatologiczne	0,75	1,78	1,78	0,05	XXX	2,58	2,58
88305	TC	Badanie histopatologiczne	0	1,43	1,43	0,03	XXX	1,46	1,46
88305	26	Badanie histopatologiczne	0,75	0,35	0,35	0,02	XXX	1,12	1,12
88307		Badanie histopatologiczne	1,59	2,71	2,71	0,11	XXX	4,41	4,41
89350		Pobranie próbki śliny	0	0,39	0,39	0,02	XXX	0,41	0,41
89360		Pobranie próbki potu	0	0,43	0,43	0,02	XXX	0,45	0,45
90471		Szczepienie	0	0,1	0,1	0,01	XXX	0,11	0,11
90782		Zastrzyk, s.c./i.m.	0	0,1	0,1	0,01	XXX	0,11	0,11
90783		Zastrzyk, i.a.	0	0,39	0,39	0,02	XXX	0,41	0,41
90784		Zastrzyk, i.v.	0	0,45	0,45	0,03	XXX	0,48	0,48
90788		Zastrzyk antybiotyku	0	0,11	0,11	0,01	XXX	0,12	0,12
90801		Wywiad psychiatryczny	2,8	0,93	1,14	0,06	XXX	3,79	4
90802		Interaktywne badanie psychiatryczne	3,01	0,99	1,17	0,07	XXX	4,07	4,25
90804		Psychoterapia, w gabinecie, 20–30 min	1,21	0,4	0,53	0,03	XXX	1,64	1,77
90805		Psychoterapia, poza gabineciem, 20–30 min	1,37	0,44	0,59	0,03	XXX	1,84	1,99
90806		Psychoterapia, w gabinecie, 45–50 min	1,86	0,62	0,75	0,04	XXX	2,52	2,65
90807		Psychoterapia, poza gabineciem, 45–50 min	2,02	0,66	0,79	0,05	XXX	2,73	2,86
90808		Psychoterapia, w gabinecie, 75–80 min	2,79	0,93	1,06	0,07	XXX	3,79	3,92
90809		Psychoterapia, poza gabineciem, 75–80 min	2,95	0,97	1,11	0,07	XXX	3,99	4,13
90862		Zaordynowanie leków	0,95	0,31	0,44	0,02	XXX	1,28	1,41
91000		Intubacja przełyku	0,73	0,32	0,32	0,04	0	1,09	1,09
91000	TC	Intubacja przełyku	0	0,07	0,07	0,01	0	0,08	0,08
91000	26	Intubacja przełyku	0,73	0,25	0,25	0,03	0	1,01	1,01

Kod CPT	Modyfikator	Opis krótki	RVU dla pracy	RVU dla kosztów praktyki (non-facility setting)	RVU dla kosztów praktyki (facility setting)	RVU dla ubezpieczenia	Całkowity czas opieki po zabiegu	RVU sumaryczne (non-facility setting)	RVU sumaryczne (facility setting)
92002		Badanie wzroku, nowy pacjent	0,88	0,38	0,96	0,02	XXX	1,28	1,86
92004		Badanie wzroku, nowy pacjent	1,67	0,73	1,71	0,03	XXX	2,43	3,41
92012		Badanie wzroku, stały pacjent	0,67	0,31	1,01	0,01	XXX	0,99	1,69
92014		Badanie wzroku i leczenie	1,1	0,5	1,4	0,02	XXX	1,62	2,52
92081		Badanie pola widzenia	0,36	1,84	1,84	0,02	XXX	2,22	2,22
92081	TC	Badanie pola widzenia	0	1,68	1,68	0,01	XXX	1,69	1,69
92081	26	Badanie pola widzenia	0,36	0,16	0,16	0,01	XXX	0,53	0,53
92083		Badanie pola widzenia	0,5	1,51	1,51	0,02	XXX	2,03	2,03
92311		Dopasowanie soczewek kontaktowych	1,08	0,31	1,17	0,03	XXX	1,42	2,28
92312		Dopasowanie soczewek kontaktowych	1,26	0,45	1,17	0,03	XXX	1,74	2,46
92313		Dopasowanie soczewek kontaktowych	0,92	0,33	1,21	0,02	XXX	1,27	2,15
92315		Przepisanie soczewek kontaktowych	0,45	0,17	0,95	0,01	XXX	0,63	1,41
92316		Przepisanie soczewek kontaktowych	0,68	0,3	1,03	0,01	XXX	0,99	1,72
92317		Przepisanie soczewek kontaktowych	0,45	0,18	0,97	0,01	XXX	0,64	1,43
92982		Poszerzenie naczyń wieńcowych	10,98	4,59	4,59	0,57	0	16,14	16,14
92984		Poszerzenie naczyń wieńcowych	2,97	1,24	1,24	0,16	ZZZ	4,37	4,37
93000		EKG, pełne	0,17	0,5	0,5	0,03	XXX	0,7	0,7
93005		EKG, zapis	0	0,43	0,43	0,02	XXX	0,45	0,45
93010		EKG, opis	0,17	0,07	0,07	0,01	XXX	0,25	0,25
93015		EKG wysiłkowe	0,75	1,9	1,9	0,11	XXX	2,76	2,76
93016		EKG wysiłkowe	0,45	0,18	0,18	0,01	XXX	0,64	0,64
93017		EKG wysiłkowe	0	1,6	1,6	0,09	XXX	1,69	1,69
93018		EKG wysiłkowe	0,3	0,12	0,12	0,01	XXX	0,43	0,43
93320		Echokardiografia dopplerowska	0,38	1,79	1,79	0,11	ZZZ	2,28	2,28
93320	TC	Echokardiografia dopplerowska	0	1,63	1,63	0,1	ZZZ	1,73	1,73
93320	26	Echokardiografia dopplerowska	0,38	0,16	0,16	0,01	ZZZ	0,55	0,55
93321	26	Echokardiografia dopplerowska	0,15	0,06	0,06	0,01	ZZZ	0,22	0,22
93321		Echokardiografia dopplerowska	0,15	1,12	1,12	0,08	ZZZ	1,35	1,35
93321	TC	Echokardiografia dopplerowska	0	1,06	1,06	0,07	ZZZ	1,13	1,13
93510		Cewnikowanie lewego serca	4,33	36,77	36,77	2,13	0	43,23	43,23
93510	TC	Cewnikowanie lewego serca	0	34,95	34,95	1,91	0	36,86	36,86
93510	26	Cewnikowanie lewego serca	4,33	1,82	1,82	0,22	0	6,37	6,37
93511		Cewnikowanie lewego serca	5,03	36,12	36,12	2,11	0	43,26	43,26
95004		Alergologiczny test skórny	0	0,09	0,09	0,01	XXX	0,1	0,1
95010		Test skórny	0,15	0,07	0,45	0,01	XXX	0,23	0,61
95015		Test skórny	0,15	0,06	0,39	0,01	XXX	0,22	0,55
95024		Alergologiczny test skórny	0	0,14	0,14	0,01	XXX	0,15	0,15
95812		EEG	1,08	3,96	3,96	0,13	XXX	5,17	5,17
95812	TC	EEG	0	3,48	3,48	0,09	XXX	3,57	3,57
95812	26	EEG	1,08	0,48	0,48	0,04	XXX	1,6	1,6
99201		Wizyta w gabinecie, nowy pacjent	0,45	0,16	0,47	0,02	XXX	0,63	0,94
99202		Wizyta w gabinecie, nowy pacjent	0,88	0,33	0,77	0,05	XXX	1,26	1,7
99203		Wizyta w gabinecie, nowy pacjent	1,34	0,5	1,12	0,08	XXX	1,92	2,54
99204		Wizyta w gabinecie, nowy pacjent	2	0,74	1,51	0,1	XXX	2,84	3,61
99205		Wizyta w gabinecie, nowy pacjent	2,67	0,98	1,8	0,12	XXX	3,77	4,59
99211		Wizyta w gabinecie, stały pacjent	0,17	0,06	0,38	0,01	XXX	0,24	0,56
99212		Wizyta w gabinecie, stały pacjent	0,45	0,17	0,53	0,02	XXX	0,64	1
99213		Wizyta w gabinecie, stały pacjent	0,67	0,24	0,69	0,03	XXX	0,94	1,39
99214		Wizyta w gabinecie, stały pacjent	1,1	0,41	1,04	0,04	XXX	1,55	2,18
99215		Wizyta w gabinecie, stały pacjent	1,77	0,66	1,36	0,07	XXX	2,5	3,2
99218		Obserwacja	1,28	0,45	0,45	0,05	XXX	1,78	1,78
99219		Obserwacja	2,14	0,75	0,75	0,08	XXX	2,97	2,97
99220		Obserwacja	2,99	1,06	1,06	0,11	XXX	4,16	4,16
99221		Wstępna opieka w szpitalu	1,28	0,47	0,47	0,05	XXX	1,8	1,8