

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 odnośzone 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 w 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 używalnych, w tym leków, koszty zatrudnienia innych osób personelu i innych.

W swojej podstawowej części system wartościuje pracę lekarską w oderwaniu od zużycia zasobów związanych z prowadzeniem praktyki, pracą innych osób towarzyszących lekarzowi w wykonywaniu danej usługi i innych kosztów niebezpośrednio związanych z pracą lekarza. Wartościowanie pracy lekarza opiera się na ocenie takich elementów, jak techniczne umiejętności lekarza wykonującego daną procedurę, fizyczny i psychiczny wysiłek związany z jej wykonywaniem, umiejętności konieczne do dokonywania oceny klinicznej przypadku i stres związany z ryzykiem dla pacjenta, związanym z wykonywaniem danej procedury.

d) Narzędzie to oparte jest na doświadczeniach *American Medical Association i Health Care Financing Administration*, jako najbardziej dojrzałych i dopracowanych spośród istniejących na świecie.

Proponowane narzędzie jest wynikiem kilkuletniej pracy wielu zespołów zorganizowanych przez *Health Care Financing Administration* (HCFA, później CMS), przy aktywnym udziale *American Medical Association*. Dokumentacja tego narzędzia pozwala na przesłanie kolejnych etapów jego rozwoju i wykorzystanie poszczególnych jego elementów wg potrzeb i przyszłych zastosowań. Pozwala również na dokonanie odpowiednich adaptacji w razie wystąpienia takiej potrzeby.

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 CPR⁷, rząd federalny zastosował standaryzowany system płatności dla lekarzy, w skali punktowej, opartej na zużyciu zasobów (RBRVS). W RBRVS wartość punktowa procedur medycznych 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. Pierwotne wyliczenia tej wartości oparte były na pracach zamówionych przez HCFA w Szkole Zdrowia Publicznego *Harvard University*, w których podwykonawcą była także *American Medical Association*. Prace prowadził prof. William Hsiao. 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 lekarza, jakie towarzyszą danej procedurze, co doprowadziło do określenia zakresu pracy *przed wykonaniem procedur, w czasie wykonywania procedury oraz po wykonaniu danej procedury*.

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

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

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.

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.

Poszczególne systemy opłacania usług i dóbr z zakresu opieki zdrowotnej były wprowadzane w różnym czasie. Można uznać, że pierwotnymi narzędziami rozliczania w *Medicare* były systemy *fee-for-service*, przy czym przez wiele lat oparte były na dowolnie (czyt: rynkowo) ustalanych cenach usług.

Do początku lat 80. rozliczenia z jednostkami świadczącymi usługi lekarskie prowadzone były na podstawie katalogu usług CPT (*Current Procedures Terminology*), którego „właścicielem” i instytucją wspierającą była *American Medical Association*. W roku 1983 w rozliczeniach usług szpitalnych stacjonarnych wprowadzono system DRG, obejmujący wszystkie elementy kosztów, w tym koszty pracy lekarskiej. W roku 1982 zastosowano prospektywny system finansowania usług zabiegowych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym. W roku 2000 system ten został częściowo zamieniony na system *Ambulatory Patient Groups*, odpowiednik DRG dla rozwijającej się formy leczenia w trybie ambulatoryjnym i jednodniowym. W roku 2001 zastosowano podobny w koncepcji prospektywny system rozliczania usług pielęgniarstwa (HHRG).

Jednocześnie do roku 1992 w dziedzinie usług lekarskich wykonywanych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (za wyjątkiem form wymienionych powyżej) stosowano system FFS oparty na katalogu CPT, z zastosowaniem zasady CPR (*customary, prevailing and reasonable*). Zasada ta stanowiła, iż wartość (a właściwie cena) za poszczególne usługi była ustalana przez praktykę (lekarza), przy czym ceny rażąco odbiegające od *zwykle stosowanych, w przeważającym zakresie i na rozsądnym poziomie* nie były akceptowane. Z czasem

zasada ta przybrała bardziej sztywne ramy, poprzez określenie poziomów płatności akceptowanych przez *Medicare* (tzw. MAAC – *maximum allowable actual charges*).

W roku 1989 Kongres zdecydował o reformie sposobów płatności stosowanych w *Medicare* w stosunku do lekarzy, wskazując, że stawki stosowane w systemie FFS powinny być ustalane na podstawie tzw. RBRVS, czyli *resource based relative values scales* (relatywnych skalach wartościowania opartych na zużyciu zasobów).

Zgodnie z założeniami ustawy OBRA 89, *Medicare* powinien używać cenników usług lekarskich, które będą oparte na trzech grupach zużywanych zasobów:

- pracy lekarzy wykonujących daną usługę,
- kosztach praktyki,
- kosztach ubezpieczenia.

Jednocześnie ustawa określała kilka najważniejszych cech nowego sposobu finansowania usług lekarskich⁸, wśród których występują następujące:

- 5-letni okres przygotowania i przechodzenia na nowy system finansowania, który rozpoczął się 1 stycznia 1992 r.,
- różnicowanie każdego z trzech składowych (praca, koszty praktyki i ubezpieczenia) w zależności od regionu kraju (różnicowanie geograficzne),
- usuwanie nierówności w poziomie cen za te same usługi, wykonywane przez specjalistów różnych dziedzin,
- proces określania corocznych poziomów, tzw. przelicznika (*conversion factor*).

Klasyfikacje i nazewnictwo procedur

Klasyfikowanie zdarzeń i zjawisk z zakresu ochrony zdrowia podlegało intensywnemu rozwojowi i stawało się coraz bardziej złożone w ostatnich kilkudziesięciu latach. W USA istnieją dwa dominujące systemy, obowiązujące w większości jednostek ochrony zdrowia i u płatników:

- *The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*,
- *Physicians' Current Procedural Terminology (CPTTM)*.

ICD-9-CM Procedures służy zasadniczo do klasyfikowania procedur medycznych wykonywanych przez instytucje stacjonarnej opieki zdrowotnej, głównie szpitale i skupia się na procedurach zabiegowych, czy to diagnostycznych czy leczniczych.

W Polsce w roku 1995 wydano klasyfikację procedur ICD-9-CM jako tłumaczenie wydania amerykańskiego z 1992 roku. W roku 1999 wydano drugą edycję klasyfikacji i w tym wydaniu dokonano kilka zmian, które były efektem braku w naszym kraju klasyfikacji, która odnosiłaby się do czynności i procedur lekarskich. W szczególności powstał nowy rozdział pozwalający na kodowanie procedur takich, jak wywiad, ocena, konsultacja, badanie lekarskie i pielęgniarstwo. Rozdział „Zabiegi diagnostyczne i terapeutyczne – różne” w drugim wydaniu znacznie poszerzono i wzbogacono, szczególnie w zakresie diagnostyki rentgenowskiej i ultrasonograficznej. Badania diagnostyczne podzielono ze względu na techni-

kę badania (RTG, USG, termografia, inne), a następnie topografię lub układu/narządu podawanego diagnostyce. W rozdziale tym całkowicie nowy był rozdział dotyczący fizjoterapii (93), który obejmował diagnostykę fizjoterapeutyczną, kinezyterapię i fizykoterapię, i inne zabiegi rehabilitacyjne i pokrewne. Rozwinięto rozdział zawierający procedury stomatologiczne. Przy tworzeniu kodów starano się opisać całość czynności podejmowanych przez stomatologa i chirurga szczękowego lub związanych z jamą ustną i najbliższą okolicą. Kod w tej części, z uwagi na szczegółowość opisu, został rozwinięty w pewnych momentach aż do 6 cyfr. Dodatkową częścią w drugim wydaniu były procedury anestezyjologiczne, które dotychczas nie były w ogóle uwzględniane. W niektórych przypadkach znalazły się tutaj procedury, które są wykonywane przez lekarzy innej specjalności niż anestezyjologiczna.

W USA drugą ważną klasyfikacją procedur medycznych jest *Physicians' Current Procedural Terminology (CPTTM)*, służąca do klasyfikowania procedur medycznych wykonywanych przez lekarzy, niezależnie od tego, w jakich okolicznościach i w jakiej instytucji są wykonywane. Procedury z zakresu CPT odnoszą się do czynności wykonywanych przez pojedynczą osobę, lekarza, niezależnie od tego, jak wiele osób uczestniczy w wykonywaniu tych procedur. Podejście to ma znaczenie, szczególnie w kontekście wyceny kosztów tych procedur czy wartościowania pracy lekarza jako pracownika instytucji.

CPT jest narzędziem *American Medical Association (AMA)*, jest na bieżąco, w trybie corocznym, nowelizowana przez AMA, odzwierciedlając postęp w medycynie i zastosowanie coraz to nowych technologii medycznych.

Terminologia CPT, w odróżnieniu od tej używanej w ICD-9-CM, jest bardziej zbliżona do terminologii klinicznej, niż kategorii statystycznych i klasyfikacyjnych, jak ICD-9-CM. Z tego powodu z jednej strony jest ona łatwiejsza do użycia dla personelu medycznego i administracyjnego jednostek ochrony zdrowia, jednak z drugiej strony jej struktura jest mniej sformalizowana i w mniejszym stopniu hierarchiczna, dlatego mniej nadaje się do analiz typu statystycznego. Jest natomiast doskonałym narzędziem do zapisu informacji klinicznej z jednej strony, a rozliczeniowej z drugiej. Nazwa procedury w CPT określa także jej charakter, a jednocześnie technikę wykonania, np. *laparoscopic appendectomy*. Ta cecha CPT pozwala na szacowanie kosztów poszczególnych procedur medycznych w jednoznaczny sposób. Kody CPT są 5-znakowe, cyfrowe i ich liczba aktualnie wynosi około 7 800, a wraz z kodami *oceny i zarządzania (E/M)*, wprowadzonymi w ostatnim czasie, dochodzą do 8 000. Corocznie poszczególne pozycje są weryfikowane i czasem usuwane, w ich miejsce (z innymi kodami) wprowadzane są nowe pozycje.

Oprócz cyfrowych, 5-znakowych kodów CPT w systemie finansowania usług *Medicare* wykorzystywane są też kody alfanumeryczne klasyfikacji stworzonej przez CMS (*Center for Medicare and Medicaid Services*), stosowane do opisu czynności wykonywanych przez personel inny niż lekarski, oraz usług dostawców instytucjonalnych (np. pogotowie ratunkowe), tworzą razem *Health Care Common Procedural Coding System (HCPCS)*.

W ramach reformy systemu płatności dla lekarzy i odejścia od systemu CPR, CMS przedstawiła zestaw zasad, które muszą być respektowane przy stosowaniu klasyfikacji HCPCS. Te zasady można scharakteryzować następująco:

- *globalne pakiety zabiegowe* – CMS wraz z wprowadzeniem nowego systemu zdefiniował zakres usług, jakie związane są z usługą o charakterze zabiegowym. W skład każ-

dej usługi zabiegowej w tym rozumieniu zaliczane są: wizyta u lekarza (operatora) w dzień poprzedzający zabieg, wszystkie śródoperacyjne czynności, jakie normalnie są niezbędnym elementem postępowania w ramach zabiegu, wszystkie usługi i czynności, jakie są wykonane w ciągu 90 dni od zabiegu, a które nie wymagają powtórnego zabiegu (np. terapia przeciwbólowa). Poszczególne elementy globalnych pakietów zabiegowych są szczegółowo definiowane i opisywane w instrukcjach korzystania z systemu;

- *opłaty dla asystenta* – opłata za pracę asystenta operatora w trakcie zabiegu wynosi mniej niż operatora i stanowi 16% kwoty opłaty w części dotyczącej pracy za procedurę. Przy czym *Medicare* akceptuje rachunki za pracę asystenta tylko wtedy, gdy ponad 5% rachunków za dany rodzaj procedury w skali kraju obejmuje pracę asystenta;
- *procedury towarzyszące usługom lekarskim (incident to)* – niektóre z procedur (usług) wykonywanych przez lekarzy mogą być uzupełniane przez usługi wykonywane przez profesjonalistów medycznych niebędących lekarzami, pod osobistym pełnym nadzorem lekarza, który powinien w każdym momencie wykonywania tej usługi służyć pomocą i interweniować w razie zaistniałej potrzeby;
- *materiały i urządzenia towarzyszące usługom lekarskim* – regułą jest to, że w zakresie usługi lekarskiej, w ramach kosztów prowadzenia praktyki, do danej usługi wliczone są koszty materiałów zużywanych w związku z wykonaniem danej usługi. Tym niemniej istnieje pewna grupa materiałów i urządzeń, szczególnie protetycznych i ortopedycznych (np. wózki inwalidzkie), które są płatne osobno i jako takie są oznaczane osobnym kodem CPT;
- *ocena i zarządzanie (vel konsultacje i zlecenia) (evaluation and management E/M)* – część klasyfikacji CPT obejmująca pozycje opisujące konsultacje i wizyty lekarskie, niezawierające procedur zabiegowych, których celem jest dokonanie oceny klinicznej oraz zaplanowanie i zlecenie czynności diagnostycznych i leczniczych, została w ostatniej wersji systemu w znacznym stopniu zmodyfikowana. Przedstawiono jednocześnie zestaw interpretacji i wskazówek, dotyczących zapisywania tych epizodów leczniczych, by uzyskać jednorodność w skali kraju.

Metodyka obliczania wartości punktowych RBRVS

W ramach narodowej dyskusji na temat kosztów i świadczeń, jakie dostarcza system *Medicare* najstarszym obywatelom Stanów Zjednoczonych, w latach 80. pojawiały się różnorodne koncepcje, które miały służyć poszerzeniu zakresu dostępności *Medicare* oraz ograniczenia wzrostu kosztów tego systemu. Wśród tych pomysłów silną pozycję zyskał *Private Health Plan Option Ronalda Reagana*, który zakładał znaczne poszerzenie korzystania z pośrednictwa organizacji *managed-care* w procesie nabywania świadczeń przez *Medicare*.

Niejako w opozycji do tej koncepcji pojawiła się propozycja wartościowania usług wykonywanych przez lekarzy i instytucje ich zatrudniające, wg ogólnokrajowego schematu opartego na zużyciu zasobów. Idea tego typu, nawiązująca do koncepcji DRG, choć w znacznie bardziej szczegółowej postaci, była obecna w różnych badaniach już od 1987 roku. Pierwsze próby szacowania kosztów wytworzenia świadczeń lekarskich podejmował dr William Hsiao, z *Harvard School of Public Health* już w roku 1979, próbując dokonać oceny wysiłku lekarzy w wykonywaniu 27 procedur medycznych. Jednym z wyni-

ków tego wstępnego badania było stwierdzenie, że lekarze mają trudności z wartościowaniem procedur wychodzącym poza czas ich wykonania. Na podstawie tego wstępnego badania w roku 1985 HCFA zamówiła wykonanie badania RBRVS w stosunku do czynności i procedur wykonywanych przez 12 specjalności lekarskich, takich jak anestezjologia, medycyna rodzinna, chirurgia, interna, ginekologia i położnictwo, okulistyka, ortopedia, laryngologia, patologia, radiologia, torako- i kardiochirurgia, urologia. Sześć kolejnych specjalności zostało włączonych do badania na życzenie i zamówienie ich specjalistycznych towarzystw, a były to alergologia i immunologia, dermatologia, chirurgia szczękowa, pediatria, psychiatria i reumatologia. W roku 1990 Kongres zalecił rozszerzenie badania na kolejnych 15 specjalności i podspecjalności oraz przeanalizowanie procedur, które nie występowały w CPT-4, a powinny znaleźć się w ostatecznym systemie rozliczania *Medicare*, dodając w ten sposób do analizy 800 kategorii procedur.

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

Największym wyzwaniem w procesie wartościowania procedur medycznych było dokonanie wartościowania pracy lekarzy wkładanej wykonywanie tych procedur. Obecnie praca lekarzy stanowi średnio 55% wartości poszczególnych procedur, obok kosztów praktyki (materiałowych i osobowych, poza pracą lekarza) oraz ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Podstawową częścią badania było dokonanie wartościowania 800 procedur w formie szeroko zakrojonej ankiety skierowanej do 1 900 lekarzy 15 specjalności w USA. Na tej podstawie dokonano szacowania wartości pracy pozostałych procedur zawartych w systemie CPT-4 (wraz z uzupełnieniem o procedury nielekarckie).

W celu wykonania wartościowania poszczególnych procedur określono elementy, jakie winny podlegać ocenie i znalazły się wśród nich następujące:

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

Jednocześnie dokonano podziału pracy związanej z daną procedurą, na pracę poprzedzającą wykonanie procedury, samą procedurę oraz pracę związaną z nadzorem nad pacjentem po wykonaniu procedury. W ten sposób poszczególne kategorie procedur zawierają nie tylko element związany z samą procedurą, ale także z przygotowaniem do niej oraz nadzorem po jej wykonaniu. Praca związana z samą procedurą została zdefiniowana jako praca w bezpośredniej obecności pacjenta, w trakcie wizyty pacjenta w gabinecie lub obecności lekarza przy łóżku chorego, lub też jako czas od pierwszego cięcia do zamknięcia powłok w przypadku zabiegów chirurgicznych. Praca poprzedzająca procedurę obejmuje, m.in. czas przygotowania do zabiegu, przeglądanie dokumentacji i konsultacje z innymi lekarzami, wypełnianie dokumentacji pacjenta. Praca po procedurze, w przypadku procedur zabiegowych obejmuje pracę lekarza na sali wybudzeniowej i oddziale po wykonaniu procedury, wizyty monitorujące w poradni i wszystkie czynności z tym związane, za wyjątkiem ewentualnych reoperacji z użyciem sali operacyjnej.

W procesie ankietowania lekarzy w celu wartościowania ich pracy w kontekście poszczególnych procedur, posługiwano się nazewnictwem procedur z systemu CPT-4, czasem rozszerzonym o dodatkowy komentarz, który pozwalał na bardziej jednoznaczne zrozumienie zakresu i kontekstu procedury, np.:

Laminektomia odbarczająca rdzeń kręgowy i/lub ogon koński, więcej niż dwa segmenty, lędźwiowe.

W przypadku wartościowania pracy niezwiązanej z zabiegiem, np. pracy w związku z wizytą chorego, odpowiednie winiety świadczeń nakierowywały ankietowanych na konkretne sytuacje i brzmiały jak poniższa:

Pierwsza godzina opieki nad pacjentem w stanie zagrożenia życia, na OIOM-ie, pacjent 65 lat, mężczyzna, z gorączką i stanem padaczkowym.

Wartościowanie pracy lekarzy w poszczególnych procedurach wykonano przy użyciu techniki *magnitude estimation* (ocena wielkości), poprzez odniesienie wysiłku i wkładu, jaki związany jest z daną procedurą w stosunku do wybranych procedur z poszczególnych specjalności, służących jako punkt odniesienia. Procedura stanowiąca punkt odniesienia wartościowana była na poziomie 100 umownych punktów i zadaniem ankietowanych było określenie wartości punktów dla pozostałych wybranych procedur z danej specjalności.

Osobnym problemem było dokonanie wartościowania procedur wykonywanych przez poszczególne różne specjalności. W tym celu powołano specjalne grupy osób, reprezentujących obie specjalności lub wykonujących procedury należące do zakresu działania specjalistów obu specjalności i dokonywano uzgodnień określonych wartości procedur. Dalej, mnożąc wynikające różnice przez wartości punktowe pozostałych procedur w specjalnościach, uzyskano homogenną strukturę wartościową, wyrażoną w punktach, obejmującą zestaw procedur ze wszystkich badanych specjalności. Zatem nie zakładano w procesie wartościowania żadnych apriorycznych różnic wartości pracy wykonywanej przez reprezentantów poszczególnych specjalności, a jedynie wartościowano faktyczny wysiłek i konieczne umiejętności techniczne.

W ten sposób dokonano wartościowania 800 procedur medycznych w 15 specjalnościach. Na podstawie tak ocenionych procedur dokonano w kilkudziesięciu mniejszych grupach eksperckich ekstrapolacji uzyskanych danych do pozostałych procedur, pogrupowanych w kategorii podobnych pozycji.

Całość pracy została szeroko zaprezentowana i poddana dyskusji środowiska. W rezultacie tej dyskusji przygotowano kilka dodatkowych analiz uzupełniających lub poprawiających wypracowane estymacje; m.in. kardiochirurdzy zamówili osobną analizę wykonaną przez *Abt Associates*, generalnie potwierdzającą osiągnięte wcześniej wyniki.

Na podstawie powstałych doświadczeń powstał dojrzały system punktowego wartościowania pracy lekarskiej, w późniejszym czasie uzupełniony o element kosztów praktyki oraz ubezpieczenia.

Cały system jest używany od kilku lat, a dla utrzymania jego aktualności powołane zostały określone inicjatywy, tak ze strony administracji *Medicare* (CMS), jak i kontrpartnera w negocjacjach – *American Medical Association*. W tym podziale pracy CMS zobowiązany jest do:

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

Z kolei AMA wykonuje:

- coroczne uzupełnienie i weryfikację katalogu procedur CPT-4, zgodnie z występującymi trendami w praktyce klinicznej i postępem technologii medycznych,
- weryfikacje i analizy proponowanych przez CMS wartości punktów oraz ich skal.

Trzecim partnerem biorącym udział w procesie dotyczącym ustalania systemów finansowania usług medycznych jest *The Medicare Payment Advisory Commission* (MedPAC). MedPAC jest komisją powoływaną na podstawie *The Balanced Budget Act of 1997* (PL 105–33) w celu formułowania opinii dla Kongresu Stanów Zjednoczonych, w kwestii systemów finansowania i poziomów wynagrodzeń personelu medycznego w ramach *Medicare*, ale także w dziedzinie dostępu do świadczeń, ich jakości i innych spraw związanych z systemem *Medicare*. Komisja składa się z 17 członków, reprezentujących różne specjalności i punkt widzenia, powoływanych na 3 lata przez odpowiednik prezesa NIK. Kadencje członków Komisji rozciągają się ze sobą, w ten sposób corocznie następuje wymiana (lub reelekcja) 5 lub 6 członków Komisji. MedPAC publikuje corocznie dwa raporty; w marcu i czerwcu, które służą za podstawę podejmowania decyzji przez członków Kongresu USA.

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 aktualizowa-

ny 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 błędu, stresu oraz wysiłku fizycznego, a także czasu pracy poświęconego na wykonanie tej procedury;
- wycena punktowa poszczególnych procedur była przedmiotem długotrwałego procesu oceny, trwającego od 1985 roku, na który to proces wydano w USA dziesiątki milionów dolarów rządowych dotacji i grantów badawczych. Wycena ta jest także przedmiotem weryfikacji, która zgodnie z prawem ma się odbywać co 5 lat. Powtórzenie porównywalnego wysiłku badawczego w którymkolwiek kraju na świecie, w szczególności w Polsce, jest mało prawdopodobne;
- system oparty jest na klasyfikacji procedur medycznych CPT-4, będący własnością AMA, która została w wieloraki sposób powiązana z używaną w Polsce klasyfikacją ICD-9-CM i będzie się w dalszym ciągu rozwijał i uaktualniał w powiązaniu z tą klasyfikacją;
- system jest wykorzystywany w USA nie tylko w relacjach z 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.

Wnioski i rekomendacje

System RBRVS, stanowiąc Filar II wraz z omawianym w poprzednim rozdziale Filarem I systemu wartościowania lekarzy, mogą stanowić uzupełniające się narzędzia prowadzenia aktywnej polityki, dotyczącej wynagradzania lekarzy w Polsce.

Narzędzia te winny pozostawać w zakresie wpływu Naczelnej Rady Lekarskiej i winny być administrowane lub współadministrowane przez Naczelną Izbę Lekarską. Istotne

jest zaangażowanie strony rządowej oraz parlamentu w społeczną debatę na temat poziomu wynagrodzeń lekarskich oraz metod wynagradzania lekarzy. W tym celu proponuje się:

- Wystąpić do *American Medical Association* o prawo do tłumaczenia oraz publikowania klasyfikacji CPT-4 i towarzyszących materiałów (instrukcji kodowania, tabel transkodowania do ICD-9-CM i innych klasyfikacji).
- Wystąpić do *Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)* o prawo do korzystania z opracowanych przez CMS wag punktowych procedur medycznych.
- Powołać w ramach Naczelnej Rady Lekarskiej Komisję ds. Adaptacji Systemu RBRVS oraz Komisję ds. Wynagrodzeń Lekarskich.
- Podjąć starania o wprowadzenie do systemu prawnego oraz praktyki działania Narodowego Funduszu Zdrowia i innych publicznych płatników usług zdrowotnych, trybu konsultacyjnego w ustalaniu sposobów oraz poziomów wynagradzania (refundacji) świadczeń angażujących pracę lekarzy.

Generalna rekomendacja brzmi następująco:

Wobec zawirowań i niepewności oraz ciągłych zmian w systemie ochrony zdrowia Naczelna Rada Lekarska oraz jej organy winny podjąć konstruktywną i wyprzedzającą inicjatywę, która pozwoli zająć miejsce niezagospodarowane obecnie przez administrację rządową i płatnika świadczeń zdrowotnych w dziedzinie określenia systemu wartościowania pracy lekarza i monitorowania poziomu wynagrodzeń lekarzy.