

S y s t e m  
w a r t o ś c i o w a n i a  
p r a c y l e k a r z y

Wydawnictwo

terMedia

Partnerem wydania jest



# S y s t e m

w a r t o ś c i o w a n i a  
p r a c y l e k a r z y

Adam Kozierekiewicz

Praca powstała na zlecenie  
Naczelnej Izby Lekarskiej



System  
wartościowania  
pracy lekarzy

Adam Kozierekiewicz

© Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2003

**termedia**

Praca powstała na zlecenie  
Naczelnej Izby Lekarskiej



Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany  
w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy.  
Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania  
za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne  
ul. Wenedów 9/1  
61-614 Poznań  
tel./faks 0 (prefiks) 61 822 77 81  
e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl)  
<http://www.termedia.pl>

ISBN 83-916594-4-5

## Spis treści

|   |    |
|---|----|
| STRESZCZENIE  | 7  |
| WSTĘP   | 9  |
| POZIOM ZAROBKÓW LEKARZY W ODNIESIENIU<br>DO WSKAŹNIKÓW EKONOMICZNYCH I ORGANIZACYJNYCH WYBRANYCH KRAJÓW | 13 |
| 1. Charakterystyka ogólna porównywanych krajów  | 13 |
| Wydatki całkowite na ochronę zdrowia  | 14 |
| Wydatki publiczne na ochronę zdrowia  | 16 |
| 2. Wskaźniki szczegółowe  | 17 |
| Wskaźniki personelu medycznego  | 17 |
| Wskaźniki infrastruktury szpitalnej   | 20 |
| Wskaźniki korzystania ze świadczeń  | 21 |
| 3. Wskaźniki referencyjne wynagrodzeń lekarzy   | 22 |
| Przychody lekarzy   | 22 |
| Średnie wynagrodzenie pracownika produkcyjnego  | 24 |
| Wynagrodzenie lekarza poz w stosunku<br>do wynagrodzenia pracownika produkcyjnego                       | 25 |
| Wynagrodzenie roczne lekarza jako odsetek PKB na osobę  | 26 |
| Przychody roczne lekarza jako krotność wydatków na zdrowie z PKB na osobę                               | 27 |
| CHARAKTERYSTYKA DOŚWIADCZEŃ WYBRANYCH KRAJÓW<br>W ZAKRESIE WARTOŚCIOWANIA PRACY LEKARZA                 | 29 |
| Dania   | 29 |
| Organizacja systemu ochrony zdrowia   | 29 |
| Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy                                | 30 |
| Francja   | 32 |
| Organizacja systemu ochrony zdrowia   | 32 |
| Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy                                | 34 |
| Wielka Brytania   | 36 |
| Organizacja systemu ochrony zdrowia   | 36 |
| Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy                                | 38 |
| Niemcy  | 41 |
| Organizacja systemu ochrony zdrowia   | 41 |
| Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy                                | 42 |

|  |     |
|--|-----|
| Stany Zjednoczone Ameryki Północnej  | 46  |
| Organizacja systemu ochrony zdrowia  | 46  |
| Sposoby finansowania jednostek opieki zdrowotnej i wynagradzania lekarzy           | 49  |
| Klasyfikacje   | 54  |
| <i>Resource-based relative value system</i> (RBRVS)                                | 55  |
| <br>   |     |
| FILAR I SYSTEMU WARTOŚCIOWANIA PRACY LEKARZY                                       | 59  |
| Założenia wstępne  | 59  |
| Pożądany poziom wynagrodzeń lekarzy w Polsce w stosunku do wskaźników otoczenia    | 60  |
| Pożądana wielkość wynagrodzeń lekarzy w stosunku do PKB                            | 61  |
| Pożądana wielkość wynagrodzeń lekarzy na tle wynagrodzeń innych grup zawodowych    | 66  |
| Średnie wynagrodzenia lekarzy w czterech grupach stażu pracy                       | 67  |
| <br>   |     |
| FILAR II SYSTEMU WARTOŚCIOWANIA PRACY LEKARZY                                      | 71  |
| Założenia wstępne  | 71  |
| Koncepcja i zastosowanie <i>Resource-based relative value system</i> (RBRVS) w USA | 72  |
| Narzędzia i metody finansowania usług w Medicare                                   | 73  |
| Klasyfikacje i nazewnictwo procedur  | 74  |
| Metodyka obliczania wartości punktowych RBRVS                                      | 76  |
| Zastosowanie RBRVS jako Filaru II systemu wartościowania pracy lekarza             | 79  |
| Wnioski i rekomendacje   | 80  |
| <br>   |     |
| LITERATURA   | 83  |
| <br>   |     |
| ZAŁĄCZNIK 1.   | 85  |
| ZAŁĄCZNIK 2.   | 89  |
| ZAŁĄCZNIK 3.   | 101 |

## Streszczenie

Opracowanie przedstawia wynagrodzenia lekarzy w Polsce na tle wskaźników makroekonomicznych w Polsce oraz w kontekście podobnych wielkości w kilku krajach świata. Do analizy porównawczej przyjęto takie kraje, jak Australia, Finlandia, Francja, Nowa Zelandia, Norwegia, Wielka Brytania, Stany Zjednoczone Ameryki Płn. oraz Polskę.

Wybór krajów był zależny od dostępności do danych nt. wynagrodzeń lekarzy. Prócz tego, kraje reprezentują różne modele systemów ochrony zdrowia; narodową służbę zdrowia, model samorządowy, bismarckowski oraz liberalny. Poziom wynagrodzeń lekarzy jest zapewne wypadkową poziomu rozwoju ekonomicznego danego kraju, pozycją i formą organizacyjną systemu opieki zdrowotnej, a także czynników historycznych, w tym siły lobby lekarskiego, które w różnych momentach historycznych mogło i odgrywało określoną rolę.

Druga część opracowania zawiera charakterystykę systemów wynagradzania lekarzy w kilku wybranych krajach: Francji, Danii, Wielkiej Brytanii, Niemczech i Stanach Zjednoczonych Ameryki Płn. Do analizy przyjęto kraje, w których istnieją i działają sformalizowane systemy, określające wynagrodzenia lekarzy, co najmniej z jednego z sektorów; czy to szpitalnego, czy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Prócz tego, kraje reprezentują różne modele systemów ochrony zdrowia, narodową służbę zdrowia, model samorządowy, bismarckowski oraz liberalny.

Kolejne dwie części opracowania zawierają proponowany system wartościowania pracy lekarzy w Polsce. Składa się on z dwóch Filarów, które mogą być wykorzystywane oddzielnie lub wspólnie.

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

Filar I dostarcza argumenty 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 wzajemne relacje.

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

**W wyniku analiz poziomów wynagrodzeń lekarzy w wybranych krajach, 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.**

***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 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. System jest również pomocny jako narzędzie do rozliczania przychodów praktyk grupowych i zakładów będących własnością kilku lekarzy.

## Wnioski i rekomendacje

System RBRVS, stanowiąc Filar II, wraz z 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 miejsca niezagospodarowane obecnie przez administrację rządową i płatnika świadczeń zdrowotnych.***

## Wstęp

W powszechnym odczuciu środowiska medycznego, podzielanym przez osoby z innych środowisk zawodowych, 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, czy to bezpośrednio, czy też za pośrednictwem publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Równocześnie stopniowo zmniejszało się zatrudnienie w zakładach opieki zdrowotnej, co w szczególnym stopniu dotyczyło lekarzy stomatologów (dentystów).

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*, która podlegała dwóm rodzajom ograniczeń: ograniczeniom kwotowym określanym w drodze decyzji parlamentu, wyrażanym w corocznej ustawie budżetowej oraz ograniczeniom proporcjonalnym, poprzez sztywne *drabinki wynagrodzeń*, określane w odpowiednich rozporządzeniach ministra (właściwego do spraw) pracy.

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. Z jednej strony pacjenci, czując się upoważnieni do uzyskiwania świadczeń różnego typu, wspierani w tym przeświadczeniu przez różne środowiska polityczne i społeczne oraz coraz lepiej poinformowani o najnowszych osiągnięciach medycyny na świecie, wyrażają coraz większe niezadowolenie z działalności systemu; *oczekiwania pacjentów zdecydowanie przekraczają możliwości systemu*. Z drugiej strony pracownicy sektora ochrony zdrowia, poddani ograniczeniom finansowym i stałej presji na zwiększanie zakresu i wolumenu usług, wyrażają głębokie niezadowolenie z warunków pracy i płacy. W rezultacie duża część lekarzy ogranicza lub wręcz zaprzestaje praktyki w sektorze publicznym, przenosząc swoją aktywność do sektora prywatnego, finansowanego bezpośrednio przez pacjentów. Duża część pacjentów z kolei, poszukując pomocy medycznej i nie godząc się na ograniczenia i często niski standard usług sektora publicznego, także podąża do sektora prywatnego.

Zbliżająca się akcesja do Unii Europejskiej wytworzy dodatkowe napięcia w systemie, których nierozwiązanie w porę może spowodować zachwianie finansowe i/lub organizacyjne systemu publicznej opieki zdrowotnej w Polsce. 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 inwencji 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 uzyskają 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 argumenty 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.