Bydgoszcz 10.11.2021

Dr med. Zbigniew Szkulmowski

Przewodniczący Sekcji Wentylacji Domowej
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Kierownik
Ośrodka Wentylacji Domowej
Medycyny Specjalistycznej w Bydgoszczy

AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI
2021 -11- 15
Sekretariat Główny
lp. z kontr.wpł. 7226
liczba zał.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji
Ul. Przeskok 2
00-032 Warszawa

Uwagi dotyczące „Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021" z dnia 02.11.2021 dotyczącego Świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Szanowni Państwo,

Analiza „Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021" z dnia 02.11.2021 dotyczącego Świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie pozwala stwierdzić, że zawiera on poważne błędy i niezgodności, w sposób istotny wpływające na jakość wyciąganych w raporcie wniosków i ostatecznie na wielkość proponowanej taryfy za świadczenie:

- wyliczenia zawarte w raporcie opierają się na nieprawidłowych danych dając rażąco zaniżone wyceny usług medycznych, głównie lekarskich,
- analiza statystyczna zastosowana w analizie danych w raporcie nie bierze pod uwagę różnic w ilości pacjentów w badanych ośrodkach wentylacji domowej przez co niesie ryzyko utraty istotnej części danych i zafałszowania uzyskiwanych wyników,
- dane będące podstawą obliczenia taryfy są w związku z powyższym rażąco zaniżone, szczególnie w zakresie kosztów wizyt medycznych, zwłaszcza lekarskich, co istotnie zaniża (o minimum 20%) wielkość wyliczonych stawek taryfowych,
- dodatkowo, w zakresie cen za poszczególne elementy świadczenia raport opiera się na danych historycznych, z lat 2019-2020 (sprzed epidemii COVID 19), kiedy ceny usług i materiałów były znacząco niższe,
- opieranie się na danych historycznych spowodowało także, że nie przewidziane są w raporcie koszty świadczeń uznanych przez ekspertów za konieczne a najczęściej nie wykonywane do tej pory, np. czynności diagnostyczne-monitorujące w domu pacjenta,
- wysokość proponowanej taryfy za świadczenie jest równa wyliczonym kosztom leczenia pacjentów, nie przewidziano żadnego buforu, marży koniecznej do finansowania świadczeń jak np.: dodatkowych wizyt medycznych, dodatkowego sprzętu czy zaangażowanie

dodatkowych specjalistów, koniecznych ze względów medycznych i określonych zostały jako niezbędne w opiniach ekspertów,

- porównanie świadczenia w Polsce z praktyką w innych krajach opiera się na nieustalonych źródłach, nie uwzględnia różnic w kształceniu personelu medycznego oraz ich uprawnień w innych krajach, specyfiki prowadzenia wentylacji domowej w kraju oraz ujawnia w niektórych miejscach brak rzeczywistej i praktycznej znajomości problematyki wentylacji domowej w Polsce.

Z powodu tak licznych niezgodności merytorycznych i metodologicznych uważam, że „Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021" nie powinien być podstawą do dalszego ustalania taryfikacji w zakresie „Świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie".

Uzasadnienie

1) Wyliczenia zawarte w raporcie opierają się na nieprawidłowych danych dając rażąco zaniżone wyceny usług medycznych, głównie lekarskich:
   a) Z jednej strony oparto się na „cennikach komercyjnych" nie podając ani źródła danych ani informacji, czy podane stawki są stawkami godzinowymi. Wysokość stawek sugeruje, że są to wynagrodzenia raczej za zabiegi medyczne w leczeniu ambulatoryjnym lub szpitalnym a nie w opiece domowej u pacjentów wentylowanych mechanicznie, tabela 8. Wysokość podanych tu stawek nie koreluje w żaden sposób z rzeczywistymi stawkami godzinowymi w analizowanym świadczeniu.

Tabela 8 Liczba podmiotów oraz liczba świadczeń odnalezionych w ramach cenników komercyjnych

Wizyty domowe	Min [PLN]	Max [PLN]	Średnia [PLN]	Liczba obserwacji
Pielęgniarka	30	250	76	10
Fizjoterapeuta	100	200	151	4
Pulmonolog	390	400	395	2
Anestezjolog	850	850	850	1
Neurolog	350	600	483	3

Źródło: Opracowanie własne na podstawie informacji pozyskanych ze stron internetowych oraz wywiadów telefonicznych

   b) Niezrozumiałe jest wykorzystywanie do analizy danych z OPK jakimi są poradnie, anestezjologiczne i inne, oraz oddziały szpitalne, akapit 3.2

- dane finansowo – księgowe zebrane w ramach wcześniejszych postępowań dla następujących OPK: 670 Poradnia anestezjologiczna, 4260 Oddział anestezjologii i intensywnej terapii, 4950 Oddział anestezjologii, 1220 Poradnia neurologiczna, 4220 Oddział neurologiczny, 1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc, 1272 Poradnia chorób płuc, 4270 Oddział gruźlicy i chorób płuc, 4272 Oddział chorób płuc.

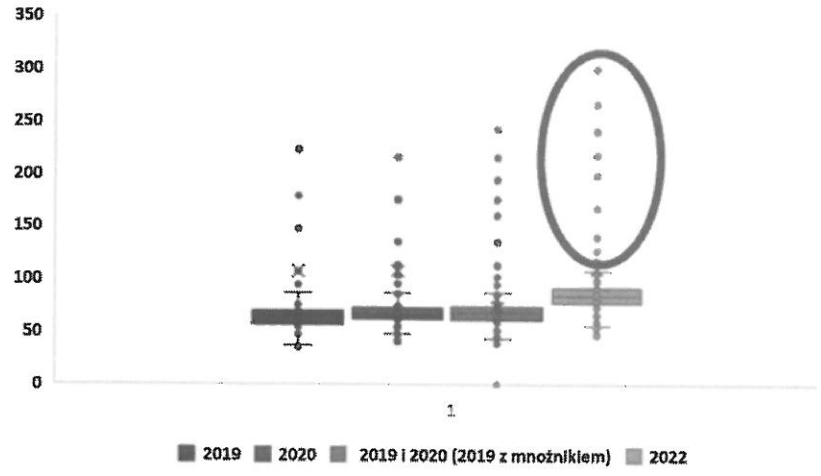
   c) Mimo, że w ramach kalkulacji godzinowych stawek wynagrodzeń wyliczono kwoty zbliżone do stawek realnych (tablela 16), to do obliczeń taryfy w świadczeniu przyjęto stawki znacznie zaniżone (tabele 23, 25, 26).

Tabela 16 Zestawienie kosztów wynagrodzenia za godzinę pracy personelu medycznego w podziale na lata

Rok/lata	Kategoria personelu	min.	max.	średnia	średnia po odcięciach	Liczba obserwacji (n)
2019 r.	Lekarz	47,72	569,31	187,12	180,96	63,00
	Pielęgniarka	35,41	248,68	76,86	68,77	59,00
	Fizjoterapeuta	35,28	222,93	69,96	63,02	51,00
2020 r.	Lekarz	57,57	612,65	196,69	190,19	65,00
	Pielęgniarka	38,92	217,93	76,81	67,00	62,00
	Fizjoterapeuta	40,96	215,45	72,23	65,35	54,00
2019 r. i 2020 r. 2019 z mnożnikiem	Lekarz	51,80	618,09	199,87	190,97	128,00
	Pielęgniarka	38,44	269,99	80,05	70,76	121,00
	Fizjoterapeuta	38,30	242,03	74,04	66,73	105,00
Dane omnożnikowane do roku 2022	Lekarz	64,22	618,09	247,77	236,74	128,00
	Pielęgniarka	55,49	389,72	115,54	102,14	121,00
	Fizjoterapeuta	47,48	300,03	91,78	82,72	105,00

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych finansowo-księgowych

2) Analiza statystyczna zastosowana w analizie danych w raporcie nie bierze pod uwagę różnic w ilości pacjentów w badanych ośrodkach wentylacji domowej przez co niesie ryzyko utraty istotnej części danych i zafałszowania uzyskiwanych wyników.
   a) W Raporcie nie jest dokładnie opisana metoda statystyczna zastosowana do analizy danych. Na podstawie opisu w tekście, dostępnych danych z tabel i wykresów oraz uzyskanych wyników przypuszczać można, że dla poszczególnych elementów analizy posługiwano się średnimi z danych uzyskanych od poszczególnych świadczeniodawców i eliminowano wartości skrajne (przykładowy wykres, rysunek 16, zaznaczono wartości skrajne)



Rysunek 16 Rozrzut stawek godzinowych wynagrodzeń – fizjoterapeuta
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych finansowo-księgowych

   b) Specyfiką wentylacji domowej w Polsce są znaczne różnice w zakresie ilości pacjentów, którymi zajmują się poszczególne ośrodki. Większość pacjentów skupiona jest w kilku ośrodkach regionalnych, ponadwojewódzkich. Nie wiadomo, dane z których ośrodków

wyeliminowane zostały jako wartości skrajne. Możliwe jest, że były to dane z jednostek mających dużą ilość pacjentów i personelu medycznego i w tej sytuacji średnia stawka za opiekę nad chorymi byłaby znacznie zaburzona.

3) Dane będące podstawą obliczenia taryfy są w związku z powyższym rażąco zaniżone, szczególnie w zakresie kosztów wizyt medycznych, zwłaszcza lekarskich, co istotnie zaniża (o minimum 20%) wielkość wyliczonych stawek taryfowych.
   a) Jak wykazano w tabeli 16, stawki godzinowe wynagrodzenia za świadczenia lekarskie, pielęgniarskie i fizjoterapeutyczne wynoszą, według wyliczeń AOTMiT, odpowiednio 248, 116 i 92 zł. W rzeczywistości, stawki za usługi medyczne, szczególnie lekarskie, w opiece domowej nad pacjentem wentylowanym wynoszą najczęściej 1100 – 1400 zł za miesiąc przy 1 wizycie tygodniowo, są więc wyższe niż te sugerowane przez AOTMiT.
   b) Jednocześnie do kalkulacji kosztów przyjęto stawki zdecydowanie niższe – tabela 23. Wynika z niej miesięczny koszt opieki, który wynosi odpowiednio 649,05 zł – lekarz, 720,7 – pielęgniarka, 562,7 zł – fizjoterapeuta. Jak już poprzednio wspomniałem, tylko stawka lekarska, rzeczywista, czyli taka za którą udaje się zrekrutować personel lekarski do opieki nad pacjentami wentylowanymi w domu, łącznie z wypłacanymi kosztami dojazdu do pacjenta do koszt miesięczny około 2x większy.

Tabela 23 Koszt wizyt domowych w podziale na kategorię personelu – 2020 rok

Część wizyty przypadająca na jeden osobodzień				Koszt		
Nazwa	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta
5.15.00.0000173	0,1333333	0,2666667	0,2666667	21,28	23,63	18,45
5.15.00.0000232	0,0666667	0,1333333	0,2666667	10,64	11,81	18,45
5.15.00.0000233	0,011	0,011		1,76	0,97	-

Źródło: Opracowanie własne

   c) Wynika z powyższego, że gdyby policzyć jedynie rzeczywiste koszty wynagrodzenia medycznego, to znaczy urealnić stawki wynagrodzenia lekarskiego, to należałoby do tabeli 25 przyjąć stawkę 2x wyższą.

Tabela 25 Wynik analizy kosztów.

Produkt jednost.	Koszty stałe					Koszty zmienne		Wyniki			
	Infrastruktura	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta	Personel razem	Leki/ wyroby	Procedury	Koszt ogółem	Koszt z mnożn. 2022	Obecna wycena	Różnica AOTMiT vs NFZ
5.15.00.0000173	23,36	21,28	23,63	18,45	63,36	5,46	0,18	92,36	114,49	142,73	-20%
5.15.00.0000232	23,36	10,64	11,81	18,45	40,90	5,46	0,18	69,90	86,65	127,62	-32%
5.15.00.0000233	23,36	1,76	0,97	-	2,73	5,46	0,18	31,73	39,33	103,49	-62%

Źródło: Opracowanie własne

   d) Jeżeli taką stawkę przyjmie się do tabeli 25, to koszt ogółem dla świadczenia 5.15.00.0000173 wyniesie 113,64 zł, co po uwzględnieniu mnożnika daje 140,9 zł.
   e) Jeżeli takie wartości rzeczywistych kosztów opieki lekarskiej przyjmie się dla wszystkich taryfikowanych świadczeń, to uzyskamy dane:

Kod produktu	Koszt ogółem	Koszt z mnożnikiem 2022	Obecna wycena	Różnica vs NFZ
5.15.00.0000173	113,64	140,9	142,73	- 1,3%
5.15.00.0000232	80,4	99,9	127,62	- 21,7%
5.15.00.0000233	33,49	41,5	103,49	- 59,9%

f) Jednocześnie, **urealnione są w powyższej tabeli jedynie koszty świadczeń lekarskich.** Jeżeli urealnić by koszty pracy pielęgniarskiej, fizjoterapeutycznej czy koszty logistyki czy sprzętu jednorazowego, to można by wykazać prawdopodobnie jeszcze większe rozbieżności.

4) Dodatkowo, w zakresie cen za poszczególne elementy świadczenia raport opiera się na danych historycznych, z lat 2019-2020 (sprzed epidemii COVID 19), kiedy ceny usług i materiałów były znacząco niższe.
   a) W ostatnim okresie istotnie zwiększają się wymagania płacowe personelu medycznego.
   b) Jednocześnie niższa jest dostępność personelu medycznego częściowo z powodu zaangażowania w leczenia pacjentów z COVID 19 a częściowo z powodu coraz większych możliwości podejmowania pracy dodatkowej przez specjalistów, lekarzy i pielęgniarki.
   c) Zwiększona inflacja odbija się na kosztach transportu, przejazdów do pacjentów czy wtórnie na kosztach sprzętu medycznego.
   d) Czynniki te powodują, że koszty osobowe i sprzętowe będą rosły w najbliższym czasie a nie zostało to przewidziane w taryfie.
5) Opieranie się na danych historycznych spowodowało także, że nie przewidziane są w raporcie koszty świadczeń uznanych przez ekspertów za konieczne a najczęściej nie wykonywane do tej pory, np. czynności diagnostyczne-monitorujące w domu pacjenta'
   a) Zostało to ujęte w uwagach do świadczenia – punkt 2.6 Raportu, gdzie mowa jest o uwagach ekspertów wskazujących na potrzebę:
      i) Wprowadzenia monitorowania skuteczności leczenia
      ii) Możliwości zwiększenia ilości godzin fizjoterapii,
      iii) Zapewnienia dostępności do psychologa
      iv) Wprowadzenia świadczeń opiekuna medycznego
      v) Wprowadzenia w grupie 3 większej ilości świadczeń lekarskich i pielęgniarskich
      vi) Poszerzenia grupy specjalistów opiekujących się chorymi
      vii) Poszerzenia katalogu sprzętu medycznego
      viii) Możliwości modyfikowania ilości wizyt medycznych, zależnie od stanu pacjenta.
6) **Wysokość proponowanej taryfy za świadczenie (jak wykazano powyżej znacznie niedoszacowanej) skalkulowana została wyłącznie na poziomie kosztów leczenia pacjentów. Nie przewidziano żadnego buforu, marży koniecznej do finansowania rzeczywistych świadczeń** jak np.: dodatkowych wizyt medycznych, dodatkowego sprzętu czy zaangażowanie dodatkowych specjalistów, koniecznych ze względów medycznych i określonych zostały jako niezbędne w opiniach ekspertów, tabela 26.

Tabela 26 Projekty taryf

Kod produktu rozliczeniowego	Aktualna wycena		Średnia wartość NFZ w 2020 r. (PLN)	Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	pkt	PLN*		pkt	PLN*	
5.15.00.0000173	4,91	142,73	29,07	3,94	114,49	-20%
5.15.00.0000232	4,39	127,62	29,07	2,98	86,65	-32%
5.15.00.0000233	3,56	103,49	29,07	1,35	39,33	-62%

** dla wartości 1 pkt = 29,07 zł*
Źródło: Opracowanie własne

a) Jeżeli brać pod uwagę jedynie ilość wizyt medycznych, to określona jest ona w aktach prawnych dotyczących wentylacji domowej jako **ilość minimalna**. Ilość wizyt jest wielokrotnie zwiększana z powodu potrzeb medycznych czy socjalnych zgłaszanych przez personel medyczny czy opiekunów chorych.
b) Przyjęcie jedynie kosztów jako taryfy do prowadzenia świadczenia może w tej sytuacji grozić utratą płynności finansowej ośrodków zajmujących się prowadzeniem wentylacji domowej.

7) Porównanie świadczenia w Polsce z praktyką w innych krajach opiera się na nieustalonych źródłach, nie uwzględnia różnic w kształceniu personelu medycznego oraz ich uprawnień personelu medycznego w innych krajach, specyfiki prowadzenia wentylacji domowej w kraju oraz ujawnia w niektórych miejscach brak rzeczywistej i praktycznej znajomości problematyki wentylacji domowej w Polsce.
   a) Wydaje się, że obecna organizacja wentylacji domowej, opracowana w dużej części oddolnie, przez lekarzy praktyków wprowadzających to świadczenie w Polsce, zdała egzamin i jest dostosowana do warunków opieki zdrowotnej w naszym kraju.
   b) Przy obecnym systemie kształcenia personelu medycznego w naszym kraju, personel zajmujący się pacjentem w miejscu jego zamieszkania jest częstokroć jedynym w okolicy mogącym prowadzić specjalistyczne leczenie jakim jest wentylacja mechaniczna i często głównym, który rzeczywiście zajmuje się prowadzeniem medycznym pacjenta.
   c) Przyjmowanie wzorców z innych krajów, na obecnym etapie, bez uwzględniania specyfiki naszego systemu opieki zdrowotnej skończyć by się mogło najpewniej pogorszeniem jakości opieki nad chorym.

W związku z powyższym, z powodu tak licznych niezgodności merytorycznych i metodologicznych uważam, że „Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021" nie powinien być podstawą do dalszego ustalania taryfikacji w zakresie „Świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie".

Z wyrazami szacunku

Dr med. Zbigniew Szkulmowski
Przewodniczący Sekcji Wentylacji Domowej
Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Kierownik
Ośrodka Wentylacji Domowej
Medycyny Specjalistycznej w Bydgoszczy