Świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (WT.5403.24.2021)

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
1.	**Youssef Sleiman**	strona 35	"Do kalkulacji przyjęto, że 1 etat to 160 godzin pracy" tak wartość jest dla pracownika etatowego, którego czas pracy tygodniowy wynosi 40 godzin. Etat pracowników służby zdrowia wynosi tygodniowo 37 godzin 55 min, a więc 1 etat w zaokrągleniu to 152 godzin pracy.
		strona 42	Stawka za 1 km została przyjęta 0,5214 zł. W związku, że pracownicy poruszają się niemal, że tylko samochodami z pojemnością większą niż 900 cm3, winna zostać przyjęta stawka ustawowa wynosząca 0,8358 zł.
			W analizie nie zostały ujęte koszty personelu za gotowość do udzielania świadczeń, zgodnie z opisem zakresu świadczeń. Świadczeniodawca musi oprócz realizacji określonej liczby świadczeń przez każdą z grup personelu medycznego w zależności od kwalifikacji do poszczególnych przedziałów wentylacji, zapewnić dostępność do wizyt dla pacjenta na żądanie w razie potrzeby.
			Wątpliwości budzi przyjęte koszty kalkulacji na lata kolejne. Mianowicie czy kalkulacje uwzględniają bardzo wysoką inflację (nienotowaną od 20 lat) co przekłada się na bardzo duży wzrost kosztów leków i wyrobów medycznych, sprzętu medycznego, transportu jak również coraz wyższe koszty osobowe.
2.	**Małgorzata Czajkowska-Malinowska**	3.2 Analiza danych, tabela 14 strona 33,	W analizie składowych elementów amortyzacji sprzętu medycznego wykazano: - Respirator – stanowiący najwyższy koszt - Akumulator - Bateria do respiratora - Nawilżacz do respiratora - Pulsoksymetr, - Ssak - Samorozprężalny worek oddechowy Nie uwzględniono: - koncentratora tlenu stacjonarnego - koszt ok 3 000,00 - przenośnego koncentratora tlenu - koszt ok 15 000,00 - Sprzęt do domowej rehabilitacji indywidualnie dla pacjenta: rotor rąk i nóg, steper, obciążniki różnych rozmiarów, system stopniowego oporu taśm - koszt. zestawy dla jednego pacjenta ok. 450,00 zł, Dynamiczny przyrost chorych na POChP obserwowany od 2014 r. spowodował, że od 2017 r. była to najliczniejsza grupa chorych, a w 2019 r. stanowiła ona 39% ogółu wszystkich chorych. Z powodu progresji choroby, wentylacja nieinwazyjna, po domowym leczeniu tlenem za pomocą koncentratora tlenu, jest kolejnym etapem terapii w tej grupie chorych. Tak więc u wszystkich chorych z POChP prowadzona jest nieinwazyjna wentylacja mechaniczna połączona ze źródłem tlenu z koncentratora tlenu. W raporcie ta grupa chorych, związana z wyższymi kosztami z powodu konieczności zapewnienia koncentratora tlenu wraz z wymienialnymi co miesiąc kaniulami, nawilżaczem, filtrami, itp, nie została wyodrębniona, przez co nie uwzględniono ponoszonych wyższych kosztów terapii. Podobnie nie uwzględniono kosztów i amortyzacji przenośnego źródła tlenu (przenośnego koncentratora tlenu), który pozwala chorych z powyższej grupy na opuszczenie mieszkania. Należy pamiętać, że wcześniej ta grupa pacjentów objęta była programem tlenoterapii w warunkach domowych i nadal wymaga, pomimo wspomagania wentylacji suplementacji tlenem z powodu ciężkiej hipoksemii. Rehabilitacja w ramach opieki nad pacjentem wentylowanym w grupie chorych z obturacyjnymi i restrykcyjnymi chorobami płuc i klatki piersiowej powinna być prowadzona zgodnie z ustalonym programem rehabilitacji pulmonologicznej (RP), gdyż głównie taka rehabilitacja jest efektywna klinicznie. Do tego celu konieczny jest sprzęt rehabilitacyjny dla każdego pacjenta objętego programem RP . W grupie chorych z chorobami nerwowo-mięśniowymi nie wykazano kosztów asystora kaszlu – którego koszt znacznie podnosi koszty świadczenia. W wycenie nie uwzględniono kosztów przeprowadzenia badań kontrolnych: - Rtg kl. piersiowej p-a i boczne - Spirometrii, siły mięśni, ekg – Gazometrii.
		Wynagrodzenia personelu tabela 8 str. 27, tabela 17 str. 37 tabela 16 str. 35 koszty wizyty domowej str. 41	Wynagrodzenia personelu przedstawione w tabeli 16, wyliczone na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców są istotnie niższe niż ceny wizyt komercyjnych określone przez AOTMiT i podane w tabeli nr 8. Zaś wg danych zawartych w tabeli 17 przedstawione stawki są znacząco niższe niż obecnie obowiązujące. Warto zwrócić uwagę, ze personel, szczególnie lekarze nie są zatrudniani na pełnych etatach. Należy też uwzględnić specyfikę pracy związaną z dojazdem do pacjenta (często w dalekiej odległości od miejsca zatrudnienia), wizytą w domu pacjenta i stałą opiekę nad pacjentem (7 dni w tygodniu 24 godziny pod telefonem), co dodatkowo podnosi koszty wynagrodzenia personelu. Niejasny jest też sposób obliczenia odległości pomiędzy miejscem zamieszkania pacjenta, a miejscem udzielania świadczenia, a także podana kilkukrotnie niższa stawka za kilometr. Powyższe wyliczenia są nie odpowiadają rzeczywistym kosztom. Dopiero zróżnicowanie grup chorych i uwzględnienie w/w kosztów stanowić będzie rzeczywisty koszt świadczenia. Nieuwzględnienie powyższych kosztów sprzętu oraz znaczne zaniżenie wynagrodzenia personelu przeprowadzającego wizyty domowe i pełniącego stałą opiekę nad pacjentem (7 dni w tygodniu 24 godziny pod telefonem), nie odpowiadające rzeczywistości rynkowej, przy znacznie obniżonej wycenie w projekcie taryfy, spowoduje straty dla ośrodków realizujących świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.
3.	**Zbigniew Szkulmowski**		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

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi

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 d OPK: 670 Poradnia anestezjologiczna, 4260 Oddział anestezjologii i intensyw Oddział anestezjologii, 1220 Poradnia neurologiczna, 4220 Oddział neur Poradnia gruźlicy i chorób płuc, 1272 Poradnia chorób płuc, 4270 Oddział gruźl 4272 Oddział chorób płuc.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi

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).

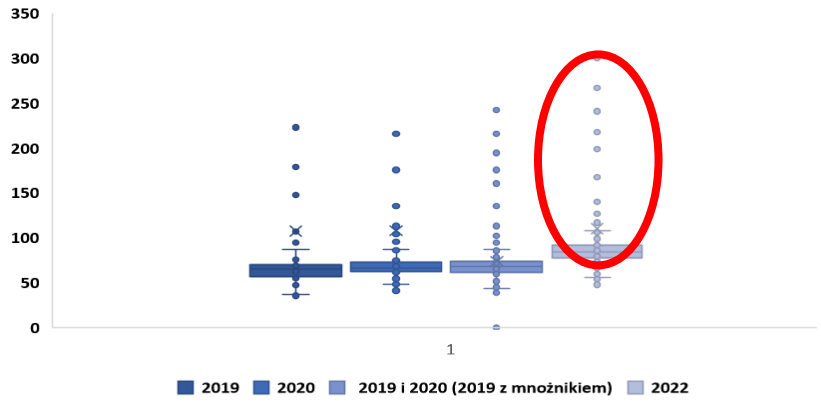
Tabela 16 Zestawienie kosztów wynagrodzenia za godzinę pracy personelu medycznego w podziale na lata

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, ponad wojewódzkich. Nie wiadomo, dane z których ośrodków wyeliminowane

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi

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%

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi

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

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			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".
4.	**Lucyna Targosz-Pitała**	Tabela 22	Ze względu na miejsce realizacji usługi medycznej / w domu pacjenta / duże znaczenie ma sposób i czas dotarcia do pacjenta. Stawka najpopularniejsza dziś, wynosząca 0,8358 PLN, biorąc pod uwagę tylko skalę inflacji powinna wynosić 1,14 PLN. W przyjętych analizach przyjęta stawka / tabela 22/ wynosi 0,52 PLN za 1 kilometr. Niestety stawki za przejechany kilometr nie zmieniły się od 14 lat. Z założenia jest to dopłacanie do narzędzi pracy. Stawka kilometrowa swoją podstawę prawną ma w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy, czyli „o używanie pojazdu do celów służbowych". Regulacje stawek nie odpowiadają rosnącym kosztom, m.in. ze względu na drożejące paliwo. Dodatkowo należy przyjąć, że przejechanie kilkunastu kilometrów w obszarze zabudowanym, np. w Krakowie wymaga dłuższego czasu niż przyjęto w przedstawionym raporcie.
		Tabela 22	Przyjęte w raporcie koszty pracy personelu medycznego nie odpowiadają rzeczywistym kosztom wynagrodzenia. Zróżnicowanie wysokości wynagrodzenia poszczególnych grup zawodowych w podmiotach leczniczych wynika z tylko i wyłącznie z trudnością zatrudnienia w/w personelu do realizacji świadczeń medycznych.
		Tabela 22	Brak uwzględnienia kosztów inflacji, które znacząco zmieniają koszty świadczeń medycznych w przyszłym okresie.
		Strona 30 raportu	Z uwagi na to, że liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń wentylacji domowej jest względnie stała i w 2020 r. wyniosła 84 (w tym 78 niepublicznych), przy 97 miejscach udzielania świadczeń, należałoby analizę udziału kosztów zarządu do kosztów ogółem odnieść przede wszystkim do podmiotów niepublicznych, które są głównym realizatorem w/w usług medycznych.
5.	**Janusz Milanowski**	Uwagi ogólne	Raport mimo przeprowadzenia procedury zbierania informacji od świadczeniodawców został oparty o dane niejasnego pochodzenia (źródła własne) nie odpowiadające rzeczywistości rynkowej, co przekreśla go jako wiarygodne źródło danych odnośnie kosztów prowadzenia świadczenia. Co ciekawe, koszty świadczenia według obecnej wyceny są zauważalnie niższe, niż w poprzedniej wycenie AOTMiT z 2016 – mimo zauważalnego wzrostu cen sprzętu i szczególnie wynagrodzeń w tym okresie. Tym samym na podstawie wartości przedstawionych w obecnym raporcie nie można w naszej ocenie dokonać taryfikacji świadczenia – przedstawione wyliczenia nie mają nic wspólnego z rzeczywistością.
		2.3 Analiza popytu i podaży	Wg raportu średni czas oczekiwania na świadczenie wynosi jeden dzień co „świadczy o wysokiej podaży świadczeń". Należy wskazać, że pacjenci ze względu na wymóg kwalifikacji w szpitalu często zgłaszani są do „kolejki" dopiero w chwili włączenia do programu. Co więcej, podaż zróżnicowana jest geograficznie – poza dużymi ośrodkami pacjenci często nie mają szansy leczenia w programie. By to wykazać proponujemy przeprowadzenie analizy rozkładu geograficznego pacjentów na poziomie gmin/powiatów. Opieka nad pacjentami mieszkającymi w terenie oddalonym od dużych ośrodków wiąże się ze znacznym wzrostem kosztów.
		2.5 Cenniki komercyjne – strona 27, tabela 8	Z tabeli opracowanej na podstawie danych zebranych przez AOTMiT wyliczono, że średnia cena komercyjnych wizyt wynosi: Fizjoterapeuta 151, Pulmonolog 395, Anestezjolog 850. Są to wartości zgodne z realiami rynku, i zbliżone do nakładów które rzeczywiście ponosimy. Powstaje pytanie dlaczego w swoich wyliczeniach Agencja użyła stawek wielokrotnie niższych?
		3.2 Analiza danych, strona 33, rysunek 12	W analizie przy wyliczaniu kosztu infrastruktury zastosowano odcięcie wartości odstających na podstawie analizy wykresów pudełkowych. Budzi to wątpliwości natury statystycznej, jako że mamy do czynienia z danymi finansowymi - nie możemy ignorować kosztów ponieważ są "zbyt wysokie". Koszty nie rozkładają się równomiernie i zależą od bardzo wielu czynników.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
		Wynagrodzenia personelu – strona 35. Koszty wizyty domowej strona 41	Zwracamy uwagę, że wynagrodzenia personelu przedstawione w tabeli 16, wyliczone na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców są istotnie niższe niż ceny wizyt komercyjnych określone przez AOTMiT i podane w tabeli nr 8. Mimo to w niejasny dla nas sposób wg danych zawartych w tabeli 17 agencji udało się wyliczyć stawki znacząco niższe. Stawki te są znacząco niższe niż obecnie obowiązujące. Dodatkowo, Agencja nie uwzględnia faktu że świadczeniodawcy nie zatrudniają lekarzy na pełnych etatach, a specyfika pracy (dojazdy, ciągła dostępność dla pacjenta pod telefonem) dodatkowo podnosi koszt personelu. Odległości dojazdu na wizyty domowe oszacowano na podstawie danych NFZ, zaś w celu określenia odległości pomiędzy miejscem zamieszkania pacjenta, a miejscem udzielania świadczenia wykorzystano informacje o kodzie TERYT. Taki sposób obliczenie nie oddaje rzeczywistości. Przyjęta stawka za kilometr (0,5214 zł) również jest kilkukrotnie za niska.
6.	**Piotr Bogusław Compała**		W związku z opublikowanym raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021 dotyczącym świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, wyrażamy protest z powodu zbyt niskiej wyceny świadczenia. Nasze dane zostały przygotowane rzetelnie na podstawie danych finansowo-księgowych i takie tez dane przekazaliśmy AOTMiT do analizy. Niestety w projekcie taryfy do oszacowania wynagrodzenia i tym samym wyceny świadczeń został wzięty pod uwagę wariant opracowany na podstawie danych będących wcześniej w posiadaniu Agencji, a nie tych danych, które przekazaliśmy. W związku z tym, iż czas na przygotowanie uwag do raportu jest zbyt krótki nie przedstawiamy odpowiednich kalkulacji.
7.	**Tomasz Grottel**		Wnosimy o przedłużenie terminu wniesienia uwag do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021 dot. świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie do 30 dni. W przedstawionym Raporcie, w naszej ocenie dokonano szeregu błędów merytorycznych, a także w zakresie przedstawianych wyliczeń stąd wniosek prosimy jak w sentencji. Po wykonaniu wstępnej analizy Raportu i po przeprowadzeniu konsultacji z innymi uprawnionymi świadczeniodawcami poniżej przekazujemy następujące uwagi: Dotyczy Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021 dot. świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. W związku z opublikowanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń dla świadczenia gwarantowanego domowej wentylacji mechanicznej, chcielibyśmy odnieść się do wniosków i rekomendacji Agencji zaprezentowanych w Raporcie. Świadczeniodawcy domowej wentylacji mechanicznej obejmują opieką ponad dziewięć tysięcy pacjentów w Polsce cierpiących na schorzenia przewlekłe takie jak POCHP, zespół hipowentylacji otyłych, choroby nerwowo-mięśniowe typu SLA i inne. Leczenie respiratorem w domu jest dla tych osób jedynym rozwiązaniem pozwalającym na przedłużenie ich życia oraz poprawę jego jakości. Jako świadczeniodawcy zatrudniamy tysiące specjalistów - lekarzy, pielęgniarek oraz rehabilitantów, którzy tworzą zintegrowane zespoły medyczne, odwiedzające chorych w ich domach. Dzięki stałej opiece i monitoringowi stanu klinicznego pacjenta, znacznie, a niekiedy całkowicie eliminowane jest ryzyko zaostrzenia, czyli stanu w którym zdrowie pacjenta gwałtownie pogarsza się, a pacjent musi niezwłocznie zgłosić się do szpitala. Tym samym odciążamy finansowo system zdrowia w Polsce, redukując ilość pobytów szpitalnych, zwłaszcza na oddziałach intensywnej terapii. Zapewniamy najwyższej jakość opiekę, oferując pacjentowi i jego rodzinie dwudziestoczterogodzinne wsparcie zarówno kliniczne, jak i techniczne. Jesteśmy istotnym podmiotem w systemie zdrowia, niosącym pomoc pacjentom znajdującym się w bardzo trudnej sytuacji zdrowotnej. Zmiany w taryfikacji świadczenia domowej wentylacji mechanicznej proponowane w Raporcie opublikowanym 2 listopada 2021 roku są dla nas nieakceptowalne, a ich wprowadzenie spowoduje brak możliwości kontynuowania działalności, gdyż koszty jej prowadzenia znacznie przewyższą przychody obliczone na podstawie stawek finansowania. W naszej opinii, Raport został sporządzony w oparciu o nieprawidłowe dane, co w konsekwencji prowadzi do niewłaściwych wyliczeń i mylnych wniosków końcowych. Agencja nie wykorzystała danych finansowo-księgowych przedstawionych w postępowaniu nr 57 przez ponad 90% świadczeniodawców. Zostały one zastąpione danymi będącymi w posiadaniu AOTMIT. Ponadto dokonując wyceny świadczenia realizowanego w Polsce Agencja przytacza rozwiązania z innych krajów, gdzie system finansowania jest znacząco różny od systemu polskiego. Należy spojrzeć holistycznie na funkcjonowanie służby zdrowia w tych krajach i na nakłady zdrowotne, aby móc dokonać rzetelnego i obiektywnego porównania świadczeń. 1. Koszty wynagrodzenia personelu medycznego W odniesieniu do kosztów wynagrodzeń zwracamy uwagę, że nie można zastąpić wynagrodzeń osób realizujących świadczenia w warunkach domowych danymi o wynagrodzeniach personelu z Poradni czy Oddziałów Szpitalnych. Średnie stawki wskazane w Raporcie dla lekarza są nierynkowe. Lekarz specjalista nie pracuje w oparciu o stawki minimalne, tylko każdorazowo negocjuje swoje wynagrodzenie. Agencja przyjęła stawki godzinnego wynagrodzenia za pracę personelu medycznego na podstawie własnych danych pochodzących z różnych OPK i przedstawionych w Tabelach 17-19. Są to dane drastycznie różniące się od stanu rzeczywistego, który został przekazany Agencji w ramach postępowania zbierania danych. Dokładne,

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			średnie rynkowe koszty wizyt domowych (dla lekarzy specjalistów, pielęgniarek i fizjoterapeutów) można określić poprzez konkretne badania rynkowe, a nie poprzez porównanie z personelem medycznym pracującym w warunkach szpitalnych na etacie. Dane uzyskane przez AOTMIT po analizie danych wejściowych przekazanych przez podmioty zajmujące się wentylacją mechaniczną pacjenta w domu i przedstawione w raporcie w tabeli 16 są bardziej spójne z rynkowym poziomem kosztów w roku 2020. Dla przykładu, i według danych omnożnikowanych do 2022 roku po odcięciach (tabela 16, strona 35 Raportu), średnie godzinowe wynagrodzenie lekarza wynosi około 236,74 PLN, średnie godzinowe wynagrodzenie pielęgniarki kształtuje się na poziomie 102,14 PLN, a średnie godzinowe wynagrodzenie fizjoterapeuty wynosi około 82,72 PLN. Agencja przyjęła kwoty znacznie niższe, a więc, dane na 2022 rok po odcięciach (tabela 17-19 strona 37-39 Raportu), 123,63 PLN, 63,66 PLN oraz około 47,25 PLN. Dodatkowo, ilość wizyt wykonywanych w domu pacjenta nie jest wartością stałą, gdyż zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienie nie mniej niż określonej liczby wizyt w domu pacjenta. W zdecydowanej większości przypadków, ze względu na stan zdrowia, pacjenci wymagają większej liczby wizyt niż minimalna ilość określona w rozporządzeniu. I tak, dla pacjentów nieinwazyjnych poniżej 8 godzin wentylacji, minimalna ilość wizyt według Rozporządzenia wynosi 4 wizyty lekarskie w roku oraz 4 wizyty pielęgniarskie w roku. W rzeczywistości jest to średnio jedna wizyta lekarska oraz jedna wizyta pielęgniarska na miesiąc. Pacjenci znajdujący się w grupach między 8 a 16 godzin oraz powyżej 16 godzin, wymagają również wizyt fizjoterapeuty. Wielokrotnie zdarza się, iż NFZ zaleca pacjentowi znacznie wyższą ilość godzin rehabilitacyjnych, co zmuszony jest zrealizować świadczeniodawca. Wizyty te nie są jednak refundowane. Nieprawidłowo został również wyliczony zwrot za koszt przejazdu do pacjenta, gdzie została przyjęta stawka dla samochodów o pojemności skokowej silnika poniżej 900 cm3, a dla samochodów używanych obecnie, których pojemność skokowa silnika wynosi więcej niż 900 cm3 stawka za 1 km przejazdu wynosi 0,8358 zł. Niezależnie od tego, przyjęcie stawki wg Rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy, która obowiązuje od 2007 r. i nie została przez tyle lat zmieniona, nie pokrywa faktycznych kosztów eksploatacji pojazdu - to nie tylko zwrot za paliwo, ale również amortyzacja, części zamienne, ubezpieczenie samochodu. 2. Koszty infrastruktury Koszty infrastruktury stanowią bardzo ważny składnik kosztów wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych. Skladnik ten obejmuje wszystkie koszty „zaplecza", które są niezbędne, by móc realizować usługę wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych na odpowiednim poziomie jakości i zgodnie z obowiązującymi przepisami. Obejmują one koszty (amortyzację) różnych urządzeń dostarczanych pacjentom, a także wiele innych niezbędnych kosztów: • koszty amortyzacji sprzętu medycznego dostarczanego pacjentom (respiratory, asystory kaszlu, dodatkowe baterie do respiratorów, nawilżacze do respiratorów, pulsoksymetry, koncentratory tlenu...), koszty logistyki związane z dostarczeniem materiałów i urządzeń do pacjentów, koszty magazynowe związane z przechowywaniem materiałów eksploatacyjnych i wyrobów medycznych, koszty utrzymania, regularnej kontroli i przeglądów urządzeń medycznych, koszty usług związanych z personelem dyżurującym, świadczącym pomoc w nagłych zdarzeniach występujących u pacjentów, • koszty zespołów administracyjnych odpowiedzialnych za: obsługę kartotek pacjentów, obsługę zgłoszeń od pacjentów, wyszukiwanie i kontraktowanie personelu medycznego, obsługę kontraktów dla personelu medycznego, weryfikację danych przekazywanych przez personel medyczny, rozliczenia z NFZ, obsługę dokumentacji sprzętowej, BHP, zarządzanie jakością, koszty z obszaru IT, w tym koszty oprogramowania do prowadzenia dokumentacji elektronicznej, koszty szkoleń dla pracowników administracyjnych i personelu medycznego, koszty najmu budynku, media, podatki i ubezpieczenia. Według wyliczeń Agencji koszty te wynoszą 23,36 PLN za osobodzień i nie reprezentują one faktycznych kosztów rynkowych. Ponieważ nie uwzględniają one części wyżej wymienionych komponentów. Ponadto koszty Zarządu są zaniżone. Przy wycenie świadczenia, przyjęto poziom kosztów Zarządu z podmiotów publicznych. Rzeczywisty udział kosztów Zarządu u świadczeniodawców, którzy przekazali dane w Postępowaniu jest wyższy gdyż sposób wykonywania świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach domowych znacząco różni się w stosunku do charakteru świadczeń udzielanych na oddziałach szpitalnych czy w poradniach specjalistycznych, w większości przyszpitalnych. Dane przedstawione przez świadczeniodawców domowej wentylacji mechanicznej są rzeczywiste i ukazują de facto ponoszone koszty. Podsumowując, prawidłowa kalkulacja kosztów świadczenia domowej wentylacji mechanicznej w odniesieniu do poszczególnych grup pacjentów nieinwazyjnych powinna zostać przeprowadzona w oparciu o rzeczywiste dane rynkowe. Apelujemy, aby szacunek kosztów świadczenia domowej wentylacji mechanicznej dla pacjentów nieinwazyjnych został przeprowadzony w oparciu o dane faktyczne, ukazujące rzeczywiste stawki personelu medycznego oraz aktualne koszty prowadzenia tego rodzaju działalności w Polsce. 3. Zysk z działalności

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			W Raporcie zakłada się w niej, że stawki powinny być równe kosztom. Stawki, podobnie jak we wszystkich krajach i we wszystkich rodzajach działalności, muszą dać dostawcom możliwość generowania rozsądnej marży, aby ich działalność była trwała i biznesowo uzasadniona. Taka marża jest potrzebna, żeby dostawca mógł inwestować w innowacje lub w nowe materiały, spłacać kredyty zaciągnięte na finansowanie swojej działalności, wypłacać wynagrodzenia założycielom, płacić podatki, pokrywać ryzyko związane z wykonywaniem usług powyżej kontraktów (opieka nad dodatkowymi pacjentami) itp. Proponowane zmiany w taryfach obniżają wycenę świadczenia do poziomu niższego niż z 2016 roku. Trudno się zgodzić z taką oceną wartości pracy, uwzględniając chociażby koszt inflacji oraz dramatyczny wzrost kosztu personelu medycznego, jaki obserwuje się w Polsce w ciągu ostatnich kilku lat. Apelujemy, aby Agencja przeprowadziła ponowną wycenę świadczenia domowej wentylacji mechanicznej w oparciu o rzeczywiste dane rynkowe odzwierciedlające faktyczne koszty rynkowe. Jednocześnie, chcemy wyrazić naszą gotowość do prowadzenia dialogu z Agencją oraz Ministerstwem Zdrowia w celu wprowadzenia odpowiednich usprawnień w obecnej ścieżce świadczenia wyrażonych w opiniach ekspertów przedstawionych w Raporcie oraz we wnioskach końcowych. Dialog taki powinien być jednak prowadzony w oparciu o realne i prawidłowe dane. W związku z naszymi postulatami prosilibyśmy o spotkanie, podczas którego chcielibyśmy omówić z Agencją zajmowane przez nas stanowisko oraz przedstawić zaprezentowaną w niniejszym piśmie argumentację. Mamy nadzieję, że przychylnie rozpatrzycie Państwo naszą prośbę.
8.	**Katarzyna Baj Robert Suchanke**	str.31 Raportu	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej nie zgadza się z treścią ustaleń Agencji wskazanych w Raporcie, które skutkują przedstawieniem propozycji znaczącego obniżenia taryf dla kodów produktów rozliczeniowych numer 5.15.00.0000173, 5.15.00.0000232 i 5.15.00.0000233. Propozycja zawarta w Raporcie, została przygotowana w oparciu o nierzetelne dane i założenia. Z treści Raportu wynika, że Agencja w sposób marginalny potraktowała dane przekazane przez świadczeniodawców wentylacji mechanicznej wykonywanej w warunkach domowych. W przedmiotowym Raporcie brak jest merytorycznej analizy danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021.1285 t.j.). Zaproponowane przez autorów Raportu obniżenie wyceny świadczeń o 20, 32 i 62% w stosunku do taryfy opracowanej w 2016 roku przez Agencję Ocen Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT) stoi w całkowitej sprzeczności z powszechnie dostępnymi danymi dotyczącymi: wzrostu płac personelu medycznego jaki miał miejsce w ostatnich 6 latach (poprzednia wycena AOTMiT-u bazowała de facto na danych z 2015 roku), kosztów transportu (paliwo, ubezpieczenie i eksploatacja), dewaluacji złotówki względem EURO (4,25 zł – 4,6 zł), kosztów infrastruktury i kosztów zarządu a w konsekwencji dynamicznego wzrostu inflacji łącznie o ponad 20% w stosunku do 2015 roku.
		str.31 Raportu	Ogólnopolski Związek Świadczeniodawców Wentylacji Mechanicznej nie zgadza się z treścią ustaleń Agencji wskazanych w Raporcie, które skutkują przedstawieniem propozycji znaczącego obniżenia taryf dla kodów produktów rozliczeniowych numer 5.15.00.0000173, 5.15.00.0000232 i 5.15.00.0000233. Propozycja zawarta w Raporcie, została przygotowana w oparciu o nierzetelne dane i założenia. Z treści Raportu wynika, że Agencja w sposób marginalny potraktowała dane przekazane przez świadczeniodawców wentylacji mechanicznej wykonywanej w warunkach domowych. W przedmiotowym Raporcie brak jest merytorycznej analizy danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców, co wynika z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021.1285 t.j.). Zaproponowane przez autorów Raportu obniżenie wyceny świadczeń o 20, 32 i 62% w stosunku do taryfy opracowanej w 2016 roku przez Agencję Ocen Technologii Medycznej i Taryfikacji (AOTMiT) stoi w całkowitej sprzeczności z powszechnie dostępnymi danymi dotyczącymi: wzrostu płac personelu medycznego jaki miał miejsce w ostatnich 6 latach (poprzednia wycena AOTMiT-u bazowała de facto na danych z 2015 roku), kosztów transportu (paliwo, ubezpieczenie i eksploatacja), dewaluacji złotówki względem EURO (4,25 zł – 4,6 zł), kosztów infrastruktury i kosztów zarządu a w konsekwencji dynamicznego wzrostu inflacji łącznie o ponad 20% w stosunku do 2015 roku.
		str. 6 i 17 Raportu	Wskazaniem do wentylacji inwazyjnej jest stan pacjenta po wykonaniu tracheostomii, a nie czas wentylacji. Czas wentylacji pozostaje bez wpływu na zastosowaną metodę wentylacji mechanicznej (inwazyjną albo nieinwazyjną). Błędne jest także założenie, że nieinwazyjna wentylacja mechaniczna jest pierwszym etapem a wentylacja mechaniczna inwazyjna drugim etapem opieki długoterminowej. Obie metody mogą być stosowane zarówno w ostrej niewydolności oddechowej jak i opiece przewlekłej. Decyzja powinna należeć do lekarza specjalisty i w żadnej sytuacji nie powinna być uzależniona od takich kryteriów jak np. niedoszacowana wycena świadczenia, którą w omawianym Raporcie proponuje AOTMiT. Wybór metody wentylacji powinien być, tak jak to ma miejsce obecnie, uzależniony od technologii i umiejętności specjalisty a nie od wyceny świadczenia, co może mieć miejsce po wprowadzeniu proponowanej przez AOTMiT radykalnej zmianie taryf. Wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych do wentylacji mechanicznej domowej jest nieunikniony w naszym kraju ze względu na ponad dwukrotną różnicę w stosunku do innych krajów w przeliczeniu na 100 tys., mieszkańców. Do tego dochodzi także jeden z najwyższych na świecie poziom zanieczyszczenia powietrza jaki odnotowujemy w Polsce oraz bardzo umiarkowane cele klimatyczne przyjęte

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			przez Rząd RP. Zmiana sposobu raportowania od 2019 r. świadczenia jako „ratujące życie" nie wynika ze zmniejszenia liczby świadczeń ratujących życie, co wskazuje się w Raporcie, a jedynie ze zmiany sposobu raportowania wykonanych świadczeń narzuconych świadczeniodawcom odgórnie przez NFZ dwa lata temu.
		str. 22 Raportu	Za błędną uznajemy próbę porównywania kosztów opieki medycznej sprawowanej w zakresie wentylacji domowej do innych krajów - wobec istotnych różnic w sposobie jej sprawowania. Świadczenie wentylacji mechanicznej domowej realizowanej od kilkunastu lat w Polsce jest uznawane za jeden z najlepszych i najbardziej optymalnych ekonomicznie i medycznie systemów na świecie. Rozwiązania stosowane w Polsce są coraz częściej wykorzystywane w innych krajach. Szczególnie dotyczy to naszego regionu Europy. Przyjęcie propozycji AOTMiT niosłoby za sobą więc ogromne ryzyko zniszczenia tego co zostało wypracowane przez ostatnie dwie dekady.
		str.27 Raportu tab. nr 8	Agencja z niezrozumiałych dla nas przyczyn zaniechała przeprowadzenia rzetelnej analizy kosztów członków personelu medycznego zatrudnionych przez świadczeniodawców na rzecz cenników publikowanych w Internecie przez bliżej nieokreślone podmioty. Świadczenia wentylacji mechanicznej są świadczeniami specjalistycznymi i w związku z tym wymagają zatrudnienia specjalistów – błędne jest więc publikowanie stawek (tabelka nr 8) w oparciu o stawki wynagrodzenie lekarzy czy pielęgniarek bez stosownej specjalizacji czy pracujących w przyszpitalnych przychodniach.
		uwagi do całości Raportu	Niezrozumiały jest brak uwzględnienia w Raporcie narastającego od lat problemu w zakresie dostępności wykwalifikowanego personelu medycznego, co w sposób oczywisty przekłada się na wzrost stawek wynagrodzeń. Jest to kolejny obszar, w którym Agencja zaniechała rzetelnej analizy, która byłaby możliwa w razie zwrócenia się do poszczególnych świadczeniodawców wentylacji mechanicznej o wskazanie faktycznie stosowanych stawek wynagrodzeń, które od 2016 roku stale rosną. Sprzecznością samą w sobie jest więc fragment, który należy odnotować w Raporcie, a mianowicie rekomendację zwiększenia częstotliwości wizyt specjalistów u pacjentów z jednoczesnym obniżeniem stawek za realizowane świadczenie. Raport nie uwzględnia także bardzo niebezpiecznego trendu jakim jest coraz powszechniejsze nadużywanie przez pacjentów i ich bliskich zapisu o liczbie gwarantowanych konsultacji specjalistycznych, który brzmi „nie mniej niż" i który jest niestety coraz częściej wykorzystywany również przez urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia, oczekujących od świadczeniodawców zwielokrotnienia realizowanych wizyt i konsultacji bez jakiejkolwiek gwarancji ich opłaty. Sposób wykonywania świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach domowych znacząco różni się w stosunku do charakteru świadczeń udzielanych na oddziałach szpitalnych czy w poradniach specjalistycznych, w większości przyszpitalnych. – wskazała na to między innymi w swoim piśmie do prezesa OZŚWM z dnia 8 listopada 2021 r. dyr. Agnieszka Miszczak z Narodowego Funduszu Zdrowia. Należy zaznaczyć, że lekarze specjaliści i wykwalifikowane pielęgniarki, podpisując umowy ze świadczeniodawcami wentylacji mechanicznej, zobowiązują się do zapewnienia stałej dostępności telefonicznej dla pacjentów, co powoduje wyższe stawki wynagrodzeń od średnich na rynku. Sposób ustalenia stawek wynagrodzeń w oparciu o najniższe stawki w zestawieniu z najwyższymi stanowi daleko idące uproszczenie, które nie mogło doprowadzić do przedstawienia rzeczywistego poziomu wysokości średniej stawki. Sposób wyliczenia i następnie prezentacji danych dot. wynagrodzenia personelu medycznego zatrudnianego przy tym świadczeniu jest skrajnie nierzetelny. Co gorsza Raport pośrednio wskazuje, że świadczenie realizowane w ramach opieki domowej powinno być traktowana w Polsce jako ostateczność a nie priorytet, co stoi w sprzeczności z większością strategicznych dokumentów Ministerstwa Zdrowia. Zastosowane w Raporcie stawki za transport mają charakter historyczny i nie uwzględniają rzeczywistych kosztów w tym obszarze. Nie uwzględniają coraz dłuższej drogi jaką musi pokonać środkiem transportu lekarz lub pielęgniarka, których świadczeniodawcy muszą pozyskiwać z coraz dalszych miejsc z uwagi na ich braki na rynku. Nie uwzględniają także rosnącego natężenia ruchu co również zwiększa czas dojazdu i wreszcie nie uwzględniają szybko rosnących cen paliwa w Polsce. Raport nie uwzględnia również wzrostu kursu EURO do PLN, jaki ma miejsce w ostatnich kilkunastu miesiącach, a także przyspieszenia wzrostu inflacji oraz zapowiadanego przez Ministra Zdrowia kolejnego znacznego wzrostu minimalnego wynagrodzenia personelu medycznego od 1 lipca 2022.
9.	**Luca Valsasina Marzena Lech**	Uwagi ogólne	Zmiany w taryfikacji świadczenia domowej wentylacji mechanicznej proponowane w Raporcie opublikowanym 2 listopada 2021 roku są dla nas nieakceptowalne, a ich wprowadzenie spowoduje brak możliwości kontynuowania działalności, gdyż koszty jej prowadzenia znacznie przewyższą przychody obliczone na podstawie stawek finansowania. W naszej opinii, Raport został sporządzony w oparciu o nieprawidłowe dane, co w konsekwencji prowadzi do niewłaściwych wyliczeń i mylnych wniosków końcowych.
		Rozdział 2.4, strony 20 do 26	W tym rozdziale przeanalizowano koszty opieki w różnych krajach, takich jak Anglia i Australia. Bezpośrednie porównanie poziomów refundacji usług wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w różnych krajach nie jest możliwe bez bardzo szczegółowej analizy zakresu tej opieki i związanych z nią wymagań. W niektórych krajach usługi wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych nie obejmują na przykład wizyt lekarskich, ponieważ ten zakres usług świadczą szpitale. W innych przypadkach liczba wizyt personelu medycznego lub materiały, które należy dostarczyć pacjentom, mogą się różnić, co ma

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			wpływ na koszty, a tym samym na poziomy refundacji. A zatem, przedstawione tutaj dane nie mogą dawać spójnego porównania z kosztami wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w Polsce.
		Rozdział 2.5, strona 27, Tabela 8	Należy zauważyć, że pomimo niewielkiej liczby uzyskanych punktów danych, wyliczone koszty komercyjne wizyt domowych bardzo znacząco przewyższają koszty, na których oparła się AOTMIT przy obliczeniu kosztów wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych. Powyższe stanowi dodatkowy dowód na to, że dane przekazywane przez świadczeniodawców faktycznie odzwierciedlają rzeczywiste koszty wizyt domowych personelu medycznego w dzisiejszych czasach.
		Rozdział 3.2, str. 32, 33 i 34 (koszty infrastruktury)	Koszty infrastruktury stanowią bardzo ważny składnik kosztów wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych. Składnik ten obejmuje wszystkie koszty „zaplecza", które są niezbędne, by móc realizować usługę wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych na odpowiednim poziomie jakości i zgodnie z obowiązującymi przepisami. Obejmują one koszty (amortyzację) różnych urządzeń dostarczanych pacjentom, a także wiele innych niezbędnych kosztów: ● koszty amortyzacji sprzętu medycznego dostarczanego pacjentom (respiratory, asystory kaszlu, dodatkowe baterie do respiratorów, nawilżacze do respiratorów, pulsoksymetry, koncentratory tlenu...), ● koszty logistyki związane z dostarczeniem materiałów i urządzeń do pacjentów, ● koszty magazynowe związane z przechowywaniem materiałów eksploatacyjnych i wyrobów medycznych, ● koszty utrzymania i regularnej kontroli i przeglądów urządzeń medycznych, ● koszty usług związanych z personelem dyżurującym świadczącym pomoc w nagłych zdarzeniach występujących u pacjentów, ● koszty zespołów administracyjnych odpowiedzialnych za: obsługę kartotek pacjentów, obsługę zgłoszeń od pacjentów, wyszukiwanie i kontraktowanie personelu medycznego, obsługę kontraktów dla personelu medycznego, weryfikację danych przekazywanych przez personel medyczny, rozliczenia z NFZ, obsługę dokumentacji sprzętowej, BHP, zarządzanie jakością, ● koszty z obszaru IT, w tym koszty oprogramowania do prowadzenia dokumentacji elektronicznej, ● koszty szkoleń dla pracowników administracyjnych i personelu medycznego, ● koszty najmu budynku, media, ● podatki i ubezpieczenia. Dane przedstawione w tabeli 15 nie mogą stanowić podstawy do obliczeń, ponieważ nie uwzględniają wielu składników kosztów wymienionych powyżej, a zatem daleko odbiegają od rzeczywistych kosztów. Dane podane w tabeli 12 zostały pozyskane w wyniku analizy danych zebranych od świadczeniodawców, a zatem odzwierciedlają rzeczywiste koszty zapewnienia domowej wentylacji mechanicznej. Jest to zatem znacznie dokładniejsze oszacowanie kosztów, które można wykorzystać w kalkulacji
		Rozdział 3.2, strony 34 - 39 (koszty personelu medycznego)	Obliczanie stawek godzinowych w przypadku personelu medycznego zaangażowanego w zapewnienie wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych nie jest sprawą prostą, ponieważ personel ten angażowany jest na podstawie różnych form umów (umowa cywilnoprawna, własna działalność gospodarcza itp.) i bardzo rzadko osoby te zajmują się zapewnianiem wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w pełnym wymiarze godzin. Zazwyczaj otrzymują oni określone wynagrodzenie miesięczne od każdego pacjenta, są opłacani za każdą wizytę lub w niektórych przypadkach według stawki za godzinę pracy (głównie pielęgniarki). Danych przedstawionych w tabelach 17, 18 i 19 nie można wykorzystać do analizy rzeczywistych kosztów godzinowych zapewnienia wentylacji mechanicznej pacjenta w domu, ponieważ pochodzą one od personelu Klinik lub Oddziałów Szpitalnych, zatrudnionego na ogół w pełnym wymiarze czasu pracy, na stałym stanowisku pracy. Średnie stawki wskazane w tabelach 17, 18 i 19 nie są stawkami rynkowymi dla personelu medycznego zaangażowanego w zapewnienie wentylacji mechanicznej pacjenta w domu lub personelu wykonującego inne czynności, który nie jest zatrudniony na umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Nikt nie pracuje za takie stawki, żaden anestezjolog czy inny specjalista nie pracuje za stawki minimalne. Wynagrodzenie personelu medycznego jest stale negocjowane. Dokładne, średnie rynkowe koszty wizyt domowych (dla lekarzy specjalistów, pielęgniarek i fizjoterapeutów) można określić poprzez konkretne badania rynkowe, a nie poprzez porównanie z personelem medycznym pracującym w warunkach szpitalnych na etacie. Jednak dane uzyskane przez AOTMIT po analizie danych wejściowych przekazanych przez podmioty zajmujące się wentylacją mechaniczną pacjenta w domu i przedstawione w raporcie w tabeli 16 są bardziej spójne z rynkowym poziomem kosztów w roku 2020 (np. godzinowy koszt lekarzy, w tabeli 16, za rok 2020 wynosił ok. 200 zł). Jako uzupełniający element porównania przypominamy, że koszt konsultacji lekarskiej w przychodni lub w gabinecie lekarskim wynosi dziś co najmniej 100 zł za 10 do 20 minut. Nie można uznać, że taki jest również koszt wizyty domowej trwającej 1 godziny, jak podano w tabeli 22.
		Rozdział 3.2, str. 41 - 42, tabela 22 (paramet	Chociaż nie dysponujemy danymi, które mogłyby potwierdzić lub zaprzeczyć szacunkom dotyczącym odległości, którą lekarz musi pokonać, by dojechać (tam i z powrotem) do pacjenta, chcielibyśmy zwrócić uwagę, że w wielu przypadkach, w przypadku pacjentów na terenach wiejskich, odległość do pokonania będzie znacznie większa niż 25,5 km uwzględnione w tabeli 22. Koszt jednego kilometra uwzględniony w niniejszym raporcie jest również znacznie niższy niż koszty ponoszone obecnie w związku z dojazdem do

<table>
<tr><th>Lp.</th><th>Podmiot składający uwagi</th><th>Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)</th><th>Uwagi</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>ry wizyty)</td><td>pacjentów samochodem osobowym. Dla obecnie używanych samochodów, z silnikami o pojemności powyżej 900 cm3 , stawka za 1 km przebiegu wynosi 0,8358 zł . 5 To daje łączny koszt podróży 21,3 zł na wizytę (13,3 zł koszt podany w raporcie). Stosując dokładniej oszacowany koszt godziny pracy personelu medycznego, przedstawiony w tabeli 16, oraz stosując adekwatny koszt przejazdu, koszty wizyty domowej należy obliczyć w następujący sposób:
Skorygowana tabela 22
<table>
<tr><th>Kategoria personelu</th><th>Czas wizyty</th><th>Czas dojazdu</th><th>Wynagrodzenie za godzinę</th><th>Koszty osobowe uwzględniające czas dojazdu</th><th>Odległość w km w obie strony</th><th>Stawka za 1 km</th><th>Koszt dojazdu</th><th>Koszt wizyty</th></tr>
<tr><td>Lekarz</td><td rowspan="3">60 min.</td><td rowspan="3">28 min</td><td>190,19</td><td>278.95</td><td rowspan="3">25,5 km</td><td rowspan="3">0.8358</td><td rowspan="3">21.31</td><td>300.26</td></tr>
<tr><td>Pielęgniarka</td><td>67</td><td>98.27</td><td>119.58</td></tr>
<tr><td>Fizjoterapeuta</td><td>65,35</td><td>95.85</td><td>117.16</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Rozdział 3.2, str. 42, tabela 23 (koszty wizyty)</td><td>Tabela 23 zawiera również błąd w obliczeniu liczby wizyt w przeliczeniu na dzień.
● 5.15.00.0000173: Dla pierwszej grupy pacjentów (wentylowanych przez więcej niż 16 godz. na dobę) wymagana umową częstotliwość wizyt lekarskich to jedna na tydzień. To daje 1/7 wizyty w przeliczeniu na dzień, co daje wartość 0,14286, a nie 0,133333, jak obliczono w tabeli 23. Wartość 0,133333 uzyskano poprzez uwzględnienie 4 wizyt na 30 dni, co stanowi bliskie, ale jednak błędne przybliżenie. Różnica ta nie jest trywialna, gdyż odzwierciedla ~7% więcej wizyt. W podobny sposób liczba wizyt pielęgniarek i fizjoterapeutów w przeliczeniu na dzień powinna wynosić 2/7 (dwa razy w tygodniu) co daje 0,285714, a nie 0,266666.
● 5.15.00.0000232: dla drugiej grupy pacjentów (wentylowanych między 8 a 16 godz.) wymagana umową częstotliwość wizyt lekarskich wynosi 1 raz na 2 tygodnie. W związku z tym prawidłowa liczba wizyt na dzień wynosi 1/14 = 0,07143, a nie 0,0666667, jak podano w tabeli 23. Wartość 0,0666667 uzyskano znów poprzez uwzględnienie 2 wizyt na 30 dni, co stanowi bliskie, ale jednak błędne przybliżenie. Podobnie jak w przypadku poprzedniej grupy pacjentów, liczba wizyt w przeliczeniu na dzień dla pielęgniarek powinna wynosić 0,142856 (jedna wizyta w tygodniu), a dla fizjoterapeutów 0,285714 (dwie wizyty w tygodniu).
● 5.15.00.0000233: w ostatniej grupie (pacjenci wentylowani krócej niż 8 godz.) wyliczona teoretyczna liczba wizyt jest prawidłowa (raz na kwartał, a więc 4 razy do roku, 4/365= 0,011). To teoretyczne wyliczenie nie uwzględnia jednak faktu, że w zdecydowanej większości przypadków pacjenci ci wymagają znacznie większej liczby wizyt, ze względu na ich stan zdrowia. W wielu przypadkach wymagają również wizyt fizjoterapeuty, mimo że nie są one refundowane. Typowa częstotliwość wizyt u pacjentów z tej grupy to jedna wizyta w miesiącu (jak pokazano na załączonym przykładzie umowy). W związku z tym podana wartość powinna zostać skorygowana do 12/365 = 0,03288, aby odzwierciedlała rzeczywiste koszty. Zastosowanie prawidłowej częstotliwości wizyt i dokładniej oszacowanego kosztu wizyt (z poprawionej tabeli 22) daje następujące wyniki, zsumowane w poprawionej wersji tabeli 23 (koszty w 2020 r.):
Skorygowana tabela 23
<table>
<tr><th colspan="4">Część wizyty przypadająca na jeden osobodzień</th><th colspan="3">Koszt</th></tr>
<tr><th>Nazwa</th><th>Lekarz</th><th>Pielęgniarka</th><th>Fizjoterapeuta</th><th>Lekarz</th><th>Pielęgniarka</th><th>Fizjoterapeuta</th></tr>
<tr><td>5.15.00.0000173</td><td>0.14286</td><td>0.28571</td><td>0.28571</td><td>42.89</td><td>34.17</td><td>33.47</td></tr>
<tr><td>5.15.00.0000232</td><td>0.07143</td><td>0.14286</td><td>0.28571</td><td>21.45</td><td>17.08</td><td>33.47</td></tr>
<tr><td>5.15.00.0000233</td><td>0.03288</td><td>0.03288</td><td>0*</td><td>9.87</td><td>3.93</td><td>0,00</td></tr>
</table>
*koszty fizjoterapeutów zostały wycenione tutaj na 0, ale w rzeczywistości są wyższe gdyż część pacjentów w tej grupie wymaga rehabilitacji.</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Rozdział 3.2, str. 43, tabela 25 (koszt całkowity)</td><td>W raporcie Tabela 25 oparta jest na błędnych danych, jak wykazano w poprzednich punktach. W celu oszacowania kosztów rzeczywistych należy je zaktualizować dokładniejszymi szacunkami przedstawionymi w skorygowanych tabelach 22 i 23.
Skorygowana tabela 25
<table>
<tr><th rowspan="2">Produkt jednost.</th><th colspan="5">Koszty stałe</th><th colspan="3">Koszty zmienne</th><th colspan="3">Wyniki</th></tr>
<tr><th>Infrastruktura</th><th>Lekarz</th><th>Pielęgniarka</th><th>Fizjoterapeuta</th><th>Personel razem</th><th>Leki/ wyroby</th><th>Procedury</th><th>Koszt ogółem</th><th>Koszt z mnożn. 2022</th><th>Obecna wycena</th><th>Różnica AOTMiT vs NFZ</th></tr>
<tr><td>5.15.00.0000173</td><td>40.65</td><td>42.89</td><td>34.17</td><td>33.47</td><td>110.53</td><td>5.46</td><td>0.18</td><td>156.82</td><td>194.401</td><td>142.73</td><td>36.20%</td></tr>
<tr><td>5.15.00.0000232</td><td>40.65</td><td>21.45</td><td>17.08</td><td>33.47</td><td>72,00</td><td>5.46</td><td>0.18</td><td>118.29</td><td>146.639</td><td>127.62</td><td>14.90%</td></tr>
<tr><td>5.15.00.0000233</td><td>40.65</td><td>9.87</td><td>3.93</td><td>0,00</td><td>13.80</td><td>5.46</td><td>0.18</td><td>60.09</td><td>74.491</td><td>103.49</td><td>-28.02%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Rozdział 3.4, str. 43, tabela 26 (sugerow</td><td>W raporcie Tabela 26 sugeruje taryfy oparte na błędnych obliczeniach zawartych w raporcie w tabeli 25. W celu dokładniejszego oszacowania kosztów rzeczywistych należy ją zaktualizować o wartości przedstawione w skorygowanej tabeli 25. Ponadto w tabeli 26 znajduje się dodatkowy błąd, ponieważ zakłada się w niej, że stawki powinny być równe kosztom. Stawki, podobnie jak we wszystkich krajach i we wszystkich rodzajach działalności, muszą dać dostawcom możliwość generowania rozsądnej marży, aby ich działalność była trwała</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>Lp.</th><th>Podmiot składający uwagi</th><th>Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)</th><th>Uwagi</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>ane stawki)</td><td>i biznesowo uzasadniona. Taka marża jest potrzebna, żeby dostawca mógł inwestować w innowacje lub w nowe materiały, spłacać kredyty zaciągnięte na finansowanie swojej działalności, wypłacać wynagrodzenia założycielom, płacić podatki, pokrywać ryzyko związane z wykonywaniem usług powyżej kontraktów (opieka nad dodatkowymi pacjentami) itp. Nowe stawki w tabeli 26 powinny zatem zostać obliczone ponownie na podstawie kosztów przedstawionych w skorygowanej Tabeli 25, powiększonych o rozsądną marżę.
Skorygowana tabela 26 (jako przykład zastosowano tu marżę 20%).
<table>
<tr><th rowspan="2">Kod produktu rozliczeniowego</th><th colspan="2">Aktualna wycena</th><th>Średnia wartość NFZ w 2020 r.</th><th>Koszty</th><th colspan="2">Projekt taryfy</th><th>Różnica w stosunku do aktualnej wyceny</th></tr>
<tr><th>pkt</th><th>zł</th><th>(PLN)</th><th>zł</th><th>zł</th><th>pkt</th><th>(%)</th></tr>
<tr><td>5.15.00.0000173</td><td>4,91</td><td>142,73</td><td>29,07</td><td>194.40</td><td>233.28</td><td>5.89</td><td>63%</td></tr>
<tr><td>5.15.00.0000232</td><td>4,39</td><td>127,62</td><td>29,07</td><td>146.64</td><td>175.97</td><td>5.27</td><td>38%</td></tr>
<tr><td>5.15.00.0000233</td><td>3,56</td><td>103,49</td><td>29,07</td><td>74.49</td><td>89.39</td><td>4.27</td><td>-14%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Rozdział 4, strona 44</td><td>Wnioski przedstawione w rozdziale 4 opierają się na nieprawidłowych obliczeniach, co wyjaśniono powyżej i dlatego powinny zostać zweryfikowane.</td></tr>
<tr><td>10.</td><td>Marek Migdał</td><td>Tabela 26</td><td>Zgłaszamy uwagę do projektu taryfy dla świadczenia: OSOBODZIEŃ ZESPOŁU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ DLA PACJENTÓW WENTYLOWANYCH MECHANICZNIE OD 8 DO 16 GODZIN NA DOBĘ METODĄ NIEINWAZYJNĄ Z WYŁĄCZENIEM ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ ODDECHOWĄ NA PODŁOŻU CHORÓB NERWOWO-MIĘŚNIOWYCH, Kod produktu: 5.15.00.0000232. Dokonaliśmy kalkulacji średnich kosztów tego świadczenia w IPCZD za okres 1-9.2021 r., koszt świadczenia wynosi 141,06 zł, a Państwa projekt taryfy zakłada obniżenie kwoty do 86,65 zł (ze 132,05 zł), co skutkuje niedofinansowaniem świadczenia na kwotę 54,41 zł. Przy realizacji 273 świadczeń w okresie 1-9.2021 r. powstaje niedofinansowanie na kwotę 14.854 zł. W związku z powyższym prosimy o wzięcie pod uwagę powstających strat finansowych przy tak wycenionej propozycji taryfy.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">11.</td><td rowspan="3">Dorota Rudnicka</td><td></td><td>Zaproponowana wycena świadczeń z tendencją spadkową o 20%,32% i 62%po analizie danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców w stosunku do wyceny taryfy opracowanej w 2016r.jest niewspółmierna do rzeczywistych ponoszonych kosztów świadczeniodawców takich jak stawki wynagrodzeń, które szczególnie w ostatnim czasie w okresie od wybuchu pandemii znacznie wzrosły co jest spowodowane brakiem personelu lekarskiego i pielęgniarskiego.</td></tr>
<tr><td></td><td>Rażąco też wzrosły koszty transportu uwzględniając aktualną cenę paliw co przedkłada się również na wyższe ceny towarów ,sprzętu i wyrobów medycznych ,które są niezbędne do realizacji świadczenia. Należy również zwrócić uwagę na usytuowanie pacjentów w odległości często kilkudziesięciu kilometrów od siebie co wpływa na zwiększenie czasu dojazdu.</td></tr>
<tr><td></td><td>Mając na uwadze rosnącą liczbę pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej z powodu przewlekłej niewydolności oddechowej nie tylko w przebiegu POCHP ,ale obecnie również z powodu powikłań po COVIDOWYCH przy zachowaniu proponowanej obniżonej wycenie świadczeń spowoduje znacznie ograniczenie dostępności do tego typu świadczeń. Świadczeniodawcy wentylacji domowej nie będą przyjmować nowych pacjentów co z powoduje, że będą oni przebywać długoterminowo na oddziałach szpitalnych a tym samym generować o wiele wyższe koszty. Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że wypracowany system opieki nad pacjentami w warunkach domowych to zminimalizowanie do minimum pobytów tych pacjentów w szpitalach z powodu zaostrzenia niewydolności oddechowej jak również możliwość spędzenia wielu lat życia w otoczeniu najbliższych co jest przecież priorytetowym działaniem systemu opieki zdrowotnej i polityki społecznej .Najbardziej jednak kluczową sprawą jest zapewnienie oczuwanej poprawy jakości życia chorych poprzez objęcie fachową opieką zespołu multidyscyplinarnego jak wskazano w raporcie.</td></tr>
<tr><td>12.</td><td>Andrzej Stachowiak</td><td>Strona 6</td><td>W obecnym kształcie z powodu braku poprawności metodologicznej i rzetelności wyliczeń przedmiotowy raport jest nie do zaakceptowania i może niekorzystnie wpłynąć na dalszy rozwój tego świadczenia dla ciężko chorych pacjentów z całkowitą niewydolnością oddechową. Rodzi się zasadnicze pytanie skoro 6 lat temu ta sama Agencja wyceniła te same świadczenia a w obecnym raporcie stwierdza, że stawki dotychczas stosowane są za wysokie i to istotnie, ponieważ rozbieżność o kilkadziesiąt procent świadczy o braku rozwagi i to w sytuacji gdy wszystkie wskaźniki ekonomiczne w kraju wskazują na wręcz niespotykany wzrost cen usług i sprzętu i materiału oraz dewaluacji złotego w stosunku do Euro i USD, w których to walutach dokonuje się zakupu sprzętu coraz bardziej zaawansowanego technologicznie. Wszyscy spodziewaliśmy się, że AOTMiT zauważy wysiłek świadczeniodawców na rzecz blisko 9000 ciężko chorych zwłaszcza w okresie pandemii, w niesprzyjających warunkach ekonomicznych i trudnej sytuacji na rynku medycznym oraz</td></tr>
</table>

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			powszechną niechęć młodych specjalistów do pracy w środowisku domowym i w związku z tym dokona koniecznej interwencji w celu zwiększenia wyceny świadczeń zarówno dla wentylowanych mechanicznie inwazyjnie i nieinwazyjnie. Na wstępie podnieść należy, iż już w opisie charakterystyki świadczenia Agencja nieprawidłowo opisała stan zdrowia pacjentów, implikujący zakwalifikowanie ich do danego sposobu wentylacji mechanicznej – inwazyjna albo nieinwazyjna (a w konsekwencji do produktu rozliczeniowego). Nadmienić przy tym należy, iż wbrew twierdzeniom Agencji - w warunkach domowych nie wentyluje się pacjentów zaintubowanych. Poza tym sytuacja kliniczna pacjentów z niewydolnością oddechową u pacjentów wentylowanych mechanicznie sposobem nieinwazyjnym nie jest lepsza od tej, która dotyczy pacjentów wentylowanych metodą inwazyjną, o czym świadczą wyniki badania jakości życia przeprowadzonego przez zespół prof. Windisha przy pomocy SF36. Nie sposób również uznać, by nieinwazyjna wentylacja mechaniczna stanowiła swego rodzaju „wstęp" do wentylacji mechanicznej inwazyjnej, jak zdaje się wywodzić Agencja. Często bowiem bywa tak, że pacjent z uwagi na ostrą niewydolność oddechową trafia na oddział intensywnej terapii, gdzie jest intubowany, a następnie ma zakładaną sztuczną drogę oddechową (rurka tracheo) i rozpoczyna się u tego pacjenta wentylacja inwazyjna. W trakcie trwania terapii inwazyjnej monitorowane są parametry pacjenta. Jeśli parametry się poprawiają, a stan pacjenta na to pozwala, podejmowane są próby odłączania pacjenta od respiratora zaaplikowanego poprzez rurkę tracheotomijną. Konsekwencją tego może być nawet stan dekaniulacji (usunięcia rurki tracheo) i przejście na wentylację nieinwazyjną. Bywa również i tak, że w przebiegu niewydolności oddechowej przy stosowaniu wentylacji nieinwazyjnej pacjent sobie nie radzi, z uwagi na szybki przebieg choroby (szczególnie często u pacjentów z SLA), co skutkuje koniecznością wykonania sztucznej drogi oddechowej i przejścia na wentylację inwazyjną. Ma to w szczególności miejsce, kiedy stan chorego nie pozwala na kontynuowanie wentylacji metodą nieinwazyjną (np. w przypadku zalegania dużych ilości wydzieliny w drogach oddechowych, przy braku zachowanego odruchu kaszlowego). W konsekwencji wskazać należy, iż nierzadko zdarzają się zmiany sposobu wentylacji mechanicznej z inwazyjnej na nieinwazyjną i odwrotnie. Są również pacjenci, dla których, w czasie ostrej niewydolności oddechowej, wystarczającą metodą jest wentylacja mechaniczna nieinwazyjna. Obie te metody można często stosować zamiennie i zależy to od pewnych stanów klinicznych i umiejętności specjalisty. Nie można traktować metody nieinwazyjnej jako mniej wartościowej lub wstępnej do prawdziwej wentylacji jaką jest wentylacja inwazyjna. To błędne założenie. Obie te metody mogą być stosowane zarówno w ostrej niewydolności oddechowej jak i przewlekłej. Oczywiście specjaliści wiedzą jaka metoda w danym przypadku jest optymalna i jakie ma zalety i wady. Nadmienić należy, iż zarówno pacjenci wentylowani mechanicznie inwazyjną jak i nieinwazyjną metodą nie wymagają hospitalizacji, gdyż stan zdrowia obu tych „grup" pacjentów jest na tyle ustabilizowany, że wystarczająca jest opieka w warunkach domowych. Podnieść przy tym należy, iż brak jest podstaw do różnicowania pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną albo nieinwazyjną. Sposób aplikacji respiratora, poprzez rurkę tracheotomijną albo poprzez różnorodne ustniki, maski czy hełmy, nie stanowi o odmiennej wentylacji mechanicznej. Respirator pozostaje ten sam, tak jak parametry wentylacyjne. Każda z metod, zarówno inwazyjna jak i nieinwazyjna, ma takie samo działanie lecznicze, a sposób aplikacji respiratora jest sprawą głównie techniczną, podyktowaną skutecznością, wygodą, możliwościami technologicznymi. Nadmienić przy tym należy, iż kiedyś pacjenci byli kwalifikowani do leczenia metodą inwazyjną, podczas gdy obecnie te same grupy pacjentów kwalifikowane są do leczenia metodą nieinwazyjną. To obecnie bardziej zależy od technologii i umiejętności specjalistów. Leczenie w sposób nieinwazyjny nie tylko przedłuża życie, ale i poprawia jego jakość, przywraca godność ludzką. Zastosowanie wentylacji mechanicznej nie chroni jednak tych pacjentów przed postępem choroby i śmiercią, a jedynie przedłuża życie i umożliwia leczenie w warunkach domowych. Wentylacja mechaniczna, metodą nieinwazyjną, skutkować może osiągnięciem tego samego efektu leczniczego, który nastąpiłby przy zastosowaniu wentylacji mechanicznej metodą inwazyjną, a nie wymaga zakładania rurki tracheotomijnej, co zapewnia większy komfort pacjentowi i jego rodzinie. Stopniowo rośnie liczba takich pacjentów. Nadmienić należy, iż w Europie Zachodniej tylko 5-10 % pacjentów z niewydolnością oddechową całkowitą, wentylowanych mechanicznie, korzysta z metody inwazyjnej. Jak zaś wskazała Agencja - w latach 2014-2020 nastąpił prawie 4-krotny wzrost liczby sprawozdawanych świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną. Takich pacjentów będzie coraz więcej wraz z pogłębieniem wiedzy na temat charakterystyki tych świadczeń. Jeszcze bowiem obecnie w Polsce są lekarze, którzy, przez brak wiedzy i doświadczenia, nie kwalifikują pacjentów do świadczeń wentylacji mechanicznej w domu pacjenta. Rozwój w naszym kraju będzie jednak skutkował poszerzeniem tej wiedzy, skutkując zwiększeniem liczby pacjentów kwalifikowanych do wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, bez konieczności ich dalszej hospitalizacji. Nadmienić przy tym należy, iż obecnie w Polsce jest 24 pacjentów wentylowanych mechanicznie na 100.000 mieszkańców, podczas gdy w Europie Zachodniej od 50 do 100 pacjentów wentylowanych mechanicznie na 100.000 mieszkańców. W 2001 r. zaledwie kilkanaście czy kilkadziesiąt ciężko chorych pacjentów było leczonych przewlekle respiratorem (wentylowanych mechanicznie). Wzrost jest nieunikniony w naszym kraju. Chociażby postępujące zanieczyszczenie powietrza powoduje coraz większe zapotrzebowanie na to leczenie. Pacjenci chorują na zapalne choroby dróg

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			oddechowych, a w dalszej konsekwencji cierpią na niewydolność oddechową i wymagają domowego leczenia tlenem, a następnie leczenia respiratorem. Często niestety pacjenci zbyt późno trafiają do leczenia, co w najbliższym czasie się zmieni i tym samym pod opieką będzie więcej pacjentów we wczesnej fazie choroby. Propozycja, zawarta w Raporcie, została przygotowana w oparciu o nieprawidłowe założenia, które legły u podstaw uznania znacząco niższego stopnia zaangażowania zasobów świadczeniodawców w celu sprawowania opieki nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie metodą nieinwazyjną w stosunku do pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną. Pallmed spółka z o.o. realizuje projekt: „Szkolenie w zakresie zintegrowanej specjalistycznej opieki pulmonologicznej i paliatywnej u pacjentów z Przewlekłą Obturacyjną Chorobą Płuc i chorobami nerwowo-mięśniowymi objętych domową długotrwałą wentylacją mechaniczną", który jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Centrum Treningowe szkoli lekarzy specjalistów pulmonologii, anestezjologii, neurologii, pediatrii, medycyny paliatywnej, a także rezydentów z całej Polski. Podczas szkolenia słuchacze zdobywają wiedzę i umiejętności z zakresu stosowania wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, w oddziałach paliatywnych oraz u przewlekle chorych pacjentów z hiperkapniczną niewydolnością oddechową. Lekarze uczą się też właściwego leczenia objawowego i komunikacji z pacjentem w ostatnim okresie życia. Towarzystwa naukowe pulmonologiczne i anestezjologiczne również prowadzą intensywne kursy w tym zakresie. Prowadzony był również program Polvent (w latach 2016-2019), dzięki któremu na niektórych oddziałach pulmonologicznych uruchomiono specjalne łóżka do kwalifikacji i rozpoczęcia leczenia wentylacją mechaniczną nieinwazyjną, co znacząco przyspieszyło edukację specjalistów i zwiększyło dostępność do tej metody leczenia dla wielu ciężko chorych pacjentów. Aktualnie w pierwszej kolejności weryfikuje się, czy pacjent może być wentylowany metodą nieinwazyjną (za pomocą np. maski), a gdy okaże się, że efekty lecznicze wentylacji mechanicznej inwazyjnej będą lepsze, stosuje się tę drugą metodę.
		Strona 17	Wszystkie świadczenia wentylacji mechanicznej są świadczeniami ratującymi życie i jako takie były oznaczane w raportach statystycznych wysyłanych do Narodowego Funduszu Zdrowia do dnia 30 kwietnia 2019 r. Wskazać bowiem należy, iż na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lutego 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U.2019.333 t.j.) zmieniono sposób raportowania wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej. Od dnia 01 maja 2019 r. świadczeniodawcy nie mogą już oznaczać udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej jako „ratujących życie", gdyż uniemożliwia to system informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia (vide-§ 3 ww. rozporządzenia). Świadczeniodawcy mają więc obowiązek oznaczania świadczeń na podstawie wskazanego rozporządzenia Ministra Zdrowia dopiero od dnia 01 maja 2019 r i od tego dnia nie mają możliwości ich oznaczania jako „ratujących życie". Do tego dnia świadczenia były oznaczane jako „ratujące życie". Nie zmienia to jednak charakteru udzielonych świadczeń – jako ratujących życie, w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Do dnia 30 kwietnia 2019 r. świadczeniodawcy oznaczali przedmiotowe świadczenia jako „ratujące życie". Po tym dniu nie ma już takiej możliwości, co zapewne implikowało uznanie przez Agencję, iż od 2019 r. obniżył się poziom oznaczania świadczeń jako „ratujących życie". Taki wniosek Agencji nie jest jednak prawidłowy, gdyż nie znajduje oparcia w stanie faktycznym. Zmiana nie wynika bowiem ze zmniejszenia liczby świadczeń ratujących życie, a ze wskazanej zmiany przepisów skutkującej zmianą wyłącznie sposobu raportowania wykonanych świadczeń, bez zmiany ich charakteru. Po tym dniu Pallmed spółka z o.o. próbowała sprawozdawać wykonywane ponad limit umowny świadczenia, będące ratującymi życie, udzielone w stanach nagłych jako „ratujące życie" („na podstawie skierowania w trybie nagłym"), lecz systemy SZOI i Portal Świadczeniodawcy odrzucały takie raporty świadczeniodawcy jako błędne (błąd walidacji). Taki sposób sprawozdania świadczenia, wobec wystawienia stosownego skierowania lekarskiego, został odrzucony przez system m.in. Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - jako nieprawidłowy. W świetle powyższego nie sposób uznać za słuszne uznanie przez Agencję, iż poziom świadczeń ratujących życie obniżył się z przyczyn wskazanych przez Agencję. Powodem tego była wskazana zmiana przepisów. Świadczenia wentylacji mechanicznej ze swej natury są świadczeniami ratującymi życie i jako takie powinny być oznaczane. Sposób sprawozdawania świadczeń pozostaje bez związku ze stanem zdrowia pacjentów przyjmowanych do opieki (świadczeń wentylacji mechanicznej), albowiem wszyscy ci pacjenci znajdowali się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podkreślić więc należy, iż sposób sprawozdawania świadczeń nie świadczy o ich charakterze.
		Strona 18	kwalifikacji do wentylacji mechanicznej dokonuje wyłącznie lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, a w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagających stosowania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej – również lekarz specjalista chorób płuc zatrudniony w szpitalu, w którym zakończono leczenie świadczeniobiorcy (vide - § 6.1, § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, Dz.U.2015.1658 t.j.). Każdorazowo, niezależnie od sposobu wentylacji (metodą inwazyjną albo nieinwazyjną), kwalifikacji dokonuje więc lekarz specjalista zatrudniony w szpitalu. Wbrew więc twierdzeniom przedstawionym przez Agencję – kwalifikacji dokonuje się zawsze w

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			szpitalu. Sposób kwalifikacji owych pacjentów zasadniczo nie różni się więc w zależności od sposobu wentylacji mechanicznej. Z treści Raportu zdaje się zaś wynikać, iż Agencja podważa prawidłowość dokonywanej w szpitalu kwalifikacji pacjenta do objęcia przedmiotową opieką, co stanowi działanie contra legem. W konsekwencji powyższego uznać należy, iż wentylacja mechaniczna metodą nieinwazyjną to samodzielna terapia, która jest przedmiotem stosownej wyceny punktowej, stanowiącej podstawę do ustalania wysokości wynagrodzenia świadczeniodawców.
		Strona 22	Agencja w Raporcie wskazała na koszty finansowania świadczeń wentylacji mechanicznej stosowane w innych krajach, zastrzegając jednak, że wskazane ceny w większości dotyczą pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach stacjonarnych. W związku z tym porównywanie świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach domowych do owych świadczeń jest bezprzedmiotowe, a ceny stosowane w tych krajach w żadnym stopniu nie mogą stanowić wytycznych dla Agencji w przedmiotowej sprawie. Wykonywanie świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych, a domowych znacząco różni się. Personel medyczny udzielający świadczeń w warunkach domowych musi dysponować w szczególności stosownym sprzętem przenośnym, dojeżdżać do pacjenta etc. Nadto wskazać należy, iż próba porównywania opieki w krajach, w których porady/wizyty wykonywane są kilka razy w roku (vide-str. 23-26 Raportu) w stosunku do sposobu wykonywania tej opieki w Polsce, szczególnie w świetle częstotliwości porad lekarskich (od 1 na tydzień do 1 na kwartał), wizyt pielęgniarskich (od dwóch na tydzień do 1 na kwartał) oraz wizyt fizjoterapeutów (dwie na tydzień) jest chybiona. Agencja nie zwróciła uwagi na istotnie odmienne elementy składowe opieki medycznej stosowanej w innych krajach, w zestawieniu, z którymi system polski znacząco różni się, co nie pozwala na stosowanie jakiejkolwiek analogii między wskazanymi przez Agencję krajami a Polską. Nie sposób więc dokonywać porównania opieki medycznej sprawowanej w tym zakresie w innych krajach a w Polsce - wobec istotnych różnic w sposobie jej sprawowania. Agencja z jednej strony wskazała zaś na znaczne zróżnicowanie organizacji świadczeń w poszczególnych krajach, w stosunku do Polski, z drugiej jednak usiłowała tego porównania dokonać w celu zrelatywizowania stawek stosowanych w Polsce w stosunku do wskazanych krajów, co pozbawione jest sensu.
		Strona 27, tabela nr 8	Wskazać następnie należy, iż uznanie przez Agencję potrzeby obniżenia cen za przedmiotowe świadczenia w oparciu o tzw. cenniki komercyjne, których treść Agencja ustaliła bazując na informacjach uzyskanych ze stron internetowych bliżej nieokreślonych podmiotów, jest kuriozalne. Agencja zaniechała przeprowadzenia rzetelnej analizy cen stosowanych przez poszczególnych członków personelu medycznego u świadczeniodawców wentylacji mechanicznej. Stosowne dane zostały przekazane również przez Pallmed spółka z o.o. Z treści Raportu nie wynika jednak, by Agencja wzięła pod uwagę dane przekazane przez świadczeniodawców wentylacji mechanicznej wykonywanej w warunkach domowych. Zadaniem Agencji było zaś uzyskać wyczerpujące, kompleksowe i miarodajne informacje od świadczeniodawców wentylacji mechanicznej. Tymczasem Agencja oparła swoje wyliczenia na nieokreślonego źródła informacjach oraz danych z bliżej nieokreślonych stron internetowych. W związku z powyższym uznać należy, iż w przedmiotowym Raporcie brak jest merytorycznej analizy danych kosztowych pozyskanych od świadczeniodawców, co dokonane zostało wbrew treści dyspozycji przepisu art. 31 lb ust. 3 pkt 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021.1285 t.j.). Pozyskanie danych nastąpiło również wbrew stosowanej przez Agencję Metodyce taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT (Wersja nr 1.0) - Załącznik nr 1. Zasady analizy danych kosztowych uzyskanych od świadczeniodawców. Zgodnie z treścią tego dokumentu: „Pierwszy etap postępowania obejmuje weryfikację otrzymanych plików, w ramach której kontrolowana jest kompatybilność i rzetelność przekazanych danych, między innymi poprzez krzyżową analizę danych finansowych i niefinansowych, szczegółową analizę poszczególnych pozycji analitycznych, analizę porównawczą między świadczeniodawcami, a w uzasadnionych przypadkach weryfikację z danymi zawartymi w sprawozdaniach finansowych. W przypadku wystąpienia nieścisłości świadczeniodawcy, na prośbę Agencji, dokonują uzupełnienia braków, korekt lub wyjaśnień". Agencja zaniechała wskazanych działań, w tym analizy porównawczej, z uwzględnieniem konieczności wyjaśnienia, skąd tak znaczące rozbieżności w kwotach stawek wynagrodzeń, a także ich zrelatywizowania do zasad i faktycznych warunków udzielania świadczeń wentylacji mechanicznej w domu pacjenta. W Tabeli nr 8 (vide-str. 27 Raportu) wskazano na minimalne, maksymalne i średnie stawki bez wskazania w szczególności czy dotyczyły stawek cen stosowanych przez pielęgniarki i lekarzy ze stosowną specjalizacją, których udział jest wymagany w realizacji przedmiotowych świadczeń (brak wskazania kwalifikacji i specjalizacji personelu medycznego). Świadczenia wentylacji mechanicznej są zaś świadczeniami specjalistycznymi i w związku z tym wymagają zatrudnienia specjalistów wskazanych w Raporcie (vide-Tabela nr 1, str.9-10 Raportu), których wynagrodzenia są dużo wyższe niż wskazane. Nadto nie wiadomo, czy informacje na stronach internetowych były aktualne i czy faktycznie wskazane stawki były stosowana przez poszczególne podmioty. Za nieprawidłowe również uznać należy, by na podstawie zaledwie kilku „obserwacji" możliwe było ustalenie średniej stawki. Jak bowiem wynika z treści Tabeli nr 1 - Agencja wzięła pod uwagę informację zaledwie od 10 pielęgniarek, 4 fizjoterapeutów, 2 pulmonologów, 3 neurologów i od jednego anestezjologa. Nie była to więc grupa reprezentatywna dla

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			poszczególnych zawodów medycznych tak, by na podstawie tych danych możliwe było wysnucie jakichkolwiek rzeczowo uzasadnionych wniosków. Agencja zaniechała rzetelnej analizy w tym zakresie, która byłaby możliwa w razie zwrócenia się do poszczególnych świadczeniodawców wentylacji mechanicznej o wskazanie faktycznie stosowanych stawek wynagrodzeń.
		Strona 31	Agencja wskazała na zebranie danych od świadczeniodawców, nie podając jednak z jakich lat zostały zebrane, jak również, dlaczego doszła do przekonania, iż informacje przekazane przez szpitale czy uzyskane z oddziałów/poradni specjalistycznych miałyby by miarodajne w niniejszej sprawie (vide-str. 31 Raportu). Sposób wykonywania świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach domowych znacząco różni się w stosunku do charakteru świadczeń udzielanych na oddziałach szpitalnych czy w poradniach specjalistycznych, w większości przyszpitalnych. Koszty wykonywania owych świadczeń, tak jak i specyfika ich udzielania, różnią się znacząco, co implikuje brak możliwości stosowania analogii, a stanowi wręcz nieuprawnione porównanie, skutkujące ustaleniem stawek wynagrodzeń za wykonywanie przedmiotowych świadczeń poniżej nawet kosztów ich udzielania. Nadmienić przy tym należy, iż choćby szpitale, które w większości odnotowują coroczną stratę, uzyskują finansowanie z dodatkowych źródeł (różnorodne programy Ministra Zdrowia, środki pochodzące od jednostek samorządu terytorialnego etc.), którego to finansowania świadczeniodawcy mechanicznej wentylacji domowej nie otrzymują. Agencja wzięła zaś pod uwagę w zasadniczej części wysokość kosztów ponoszonych przez poradnie przyszpitalne, gdzie lekarz schodząc z oddziału do poradni, ma zapewnione warunki pracy (pokój, biurko, komputer, całe zaplecze etc.). W przypadku opieki domowej należy zorganizować w szczególności budynek, gabinet, samochód, laptop, telefon, paliwo itp. Specyfika udzielania owych świadczeń różni się zasadniczo. Nie bez istotnego znaczenia pozostaje przy tym fakt, iż lekarze specjaliści i wykwalifikowane odpowiednio pielęgniarki, podpisując umowy ze świadczeniodawcami wentylacji mechanicznej, zobowiązują się do zapewnienia stałej dostępności telefonicznej dla pacjentów, co implikuje z uwagi na konieczność pełnienia stałego 24-godzinnego dyżuru telefonicznego, wyższe stawki wynagrodzeń.
		Strona 34	Nie sposób uznać za miarodajne zastosowanie per analogiam kosztów zarządu w wysokości 8,90 zł za jeden osobodzień wyliczonych na tę kwotę w oparciu o dane przekazane przez podmioty publiczne. Zasadniczo świadczenia wentylacji mechanicznej są wykonywane przez świadczeniodawców nie będących podmiotami publicznymi, co wynika z treści Raportu Agencji.
		Strona 35	Powstaje wątpliwość czy Agencja zweryfikowała, skąd wynikają tak duże rozbieżności pomiędzy poszczególnymi kwotami wynagrodzeń personelu medycznego w zakresie wskazanym w Tabeli nr 16 (vide - str. 35 Raportu). Nie istnieje możliwość zatrudnienia lekarza specjalisty anestezjologa z zastosowaniem podanej przez Agencję uśrednionej stawki 110 zł. Agencja wzięła przy tym pod uwagę stawki stosowane w poradniach głównie przyszpitalnych, które nie mają przełożenia na stawki stosowane przez personel medyczny wykonujący świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach domowych. W tym kontekście uśrednienie stawki dokonane zostało w oderwaniu od realiów wykonywania przedmiotowych świadczeń w warunkach domowych, jak i bez uwzględnienia narastającego od lat problemu w zakresie dostępności wykwalifikowanego personelu medycznego, co z kolei przekłada się na wzrost stawek wynagrodzeń. Występujące znaczące różnice cen mogły wynikać ze zróżnicowania stawek w małych i dużych miastach (lepsza i większa infrastruktura, większa dostępność świadczeń), z mniejszym albo większym dostępem do przedmiotowych świadczeń. Jeśli jednak w danym rejonie nie ma wykwalifikowanego personelu medycznego gotowego wykonywać świadczenia za niższe wynagrodzenie, konieczne jest zatrudnienie personelu, którego oczekiwania płacowe są wyższe. Mając na uwadze wysokość faktycznie stosowanych stawek wynagrodzeń nie sposób jednak uznać, by jakikolwiek lekarz wyraził zgodę na wykonywanie świadczeń za kwotę 47,72 zł/h, a pielęgniarka za 35,41 zł/h (vide-Tabela nr 16, str. 35 Raportu). Tak duża rozbieżność we wskazanych stawkach i wyciągnięcie z nich prostej średniej stanowi uproszczenie nie odzwierciedlające faktycznej wysokości średnich stawek wynagrodzeń.
		Porównanie tabeli nr 16 (strona 35) z tabelą nr 1, (strona 9)	Wskazane przez Agencję znaczące różnice w stawkach wynagrodzeń personelu medycznego wynikają zapewne z faktu wzięcia pod uwagę stawek stosowanych przez lekarzy i pielęgniarki bez specjalizacji, stąd tak znaczące różnice stawek (vide-Tabela nr 16, str. 35 Raportu). Tylko zaś lekarze specjaliści i wykwalifikowane pielęgniarki mogą wykonywać świadczenia wentylacji mechanicznej w warunkach domowych (vide-Tabela nr 1, str. 9 Raportu). Pallmed spółka z o.o. wzięła więc pod uwagę stawki wynagrodzeń stosowane w celu sfinansowania przedmiotowych świadczeń, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia wykwalifikowanych specjalistów. W związku z powyższym Pallmed spółka z o.o. w załączeniu przesyła tabelaryczne zestawienie liczby porad/wizyt lekarskich/pielęgniarskich/fizjoterapeutycznych w latach 2019-2020 oraz w trzech pierwszych kwartałach 2021 r., z których wynika, iż średnia wysokość stawki (w skali wszystkich województw, w których sprawuje opiekę) lekarza w 2019 r. wynosiła 297,56 zł/h, pielęgniarki 112,75 zł, a fizjoterapeuty 66,68 zł. W kolejnym 2020 r. stawki te wynosiły odpowiednio: 310,56 zł, 119,16 zł, 67,30 zł. W trzech pierwszych kwartałach 2021 r. stawki wynagrodzeń wynosiły odpowiednio: 361,04 zł, 372,91 zł, 370,65 zł dla lekarzy, 121,42 zł, 122,58 zł, 122,86 zł dla pielęgniarek i 72,48 zł, 73,20 zł i 73,88 zł dla fizjoterapeutów. Stawki prognozowane na czwarty kwartał 2021 r., z uwzględnieniem wysokiej inflacji na poziomie 6,8 %, wyniosą prawdopodobnie: 370,65 zł, 122,86 zł i 73,88 zł. Dowód: - Tabela nr 1 – zestawienie liczby

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			porad/wizyt i stosowanych stawek w okresie od 2019 r. do III kwartału 2021 r., wraz z prognozą na IV kwartał 2021 r. - Tabela nr 2 porównanie stawek wynagrodzeń wskazanych przez Agencję ze stawkami stosowanymi w Pallmed spółka z o.o. Pallmed spółka z o.o. rzetelnie wyliczyła stawki wynagrodzeń za wizyty/porady na podstawie 35.557 wizyt lekarskich, 71.361 wizyt pielęgniarskich i 89.710 wizyt fizjoterapeutów z podziałem na województwa. Tymczasem Agencja, w sposób dowolny i w związku z tym nieprawidłowy, oparła swoją analizę na jednostkowych przypadkach, nadto w oparciu również o stan finansowania świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, nie przystających do przedmiotowych świadczeń. W świetle powyższego podnieść należy, iż zmniejszenie wysokości stawek za przedmiotowe świadczenia opieki zdrowotnej, zasadne byłoby jedynie przy proporcjonalnym zmniejszeniu liczby wymaganych wizyt/porad. Jak zaś wskazano w Raporcie – zgodnie z opiniami ekspertów – wskazane byłoby rozważenie zwiększenia liczby wizyt w szczególności pielęgniarek i fizjoterapeutów, jak również zapewnienie dostępności psychologa oraz opiekuna medycznego. Katalog świadczeń powinien więc ulec rozszerzeniu, a częstotliwość wizyt również powinna ulec zwiększeniu. Agencja z jednej strony zauważa więc tę potrzebę, z drugiej jednak proponuje obniżenie taryfy dla poszczególnych produktów rozliczeniowych w stopniu, który nie pozwoli na sfinansowanie świadczeń udzielanych w dotychczasowym zakresie. Nie sposób pogodzić rekomendacji Agencji w zakresie podniesienia standardu opieki z jednoczesnym obniżeniem kwoty refundacji.
		Pozostałe uwagi do raportu	Uśrednienie stawek wynagrodzeń w oparciu o najniższe stawki (według wiedzy Pallmed spółka z o.o. w praktyce niespotykane) w zestawieniu z najwyższymi stanowi więc uproszczenie, które nie prowadziło do prawidłowej konkluzji w zakresie wysokości średniej stawki. W konsekwencji powyższego uznać należy, iż Agencja, w sposób nieuprawniony, prowadzący do nieprawidłowych wniosków, poddała analizie dane dotyczące personelu medycznego o dowolnych specjalnościach i z dowolnych podmiotów leczniczych, i w prosty sposób próbowała je porównać do świadczeń wentylacji mechanicznej realizowanych w warunkach domowych. To arbitralne podejście Agencji skutkowało uznaniem, iż możliwe jest zatrudnienie personelu medycznego do wykonywania przedmiotowych świadczeń za wynagrodzeniem w najniższych ustalonych przez Agencję granicach, nadto – jak wskazano powyżej – w przeważającej mierze na podstawie danych nieuzyskanych od świadczeniodawców wentylacji mechanicznej wykonujących te świadczenia w warunkach domowych. Nie istnieje zaś możliwość zatrudnienia personelu medycznego do wykonania przedmiotowych świadczeń za ustalonym przez Agencję wynagrodzeniem, zwłaszcza w kontekście stawek wynagrodzeń stosowanych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych, co generuje dla personelu medycznego lepsze warunki wykonywania świadczeń (brak konieczności dojazdu do pacjenta, infrastruktura i sprzęt na miejscu udzielania świadczeń etc.). Personel medyczny wykonujący świadczenia wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, określając stawkę wynagrodzenia, uwzględnia również fakt konieczności dojazdu do pacjenta, którego nie można obliczyć w prosty sposób poprzez ustalenie odległości od miejsca zamieszkania pacjenta. Istnieją inne czynniki, takie jak różne odległości w różne dni w zależności od tego, do których pacjentów udaje się personel medyczny, a także jakie jest natężenie ruchu (korki uliczne, godziny szczytu, wypadki etc.). Ustalenie, iż odległość 25 km można przejechać w 28 minut nie uwzględnia realiów ruchu ulicznego, godzin szczytu, czy choćby ograniczonej liczby miejsc parkingowych, co szczególnie dotyczy dużych miast. Z kolei na wsi infrastruktura drogowa jest dużo słabsza niż w miastach, co również przekłada się na warunki dojazdu. Należy wziąć przy tym pod uwagę coraz częstszy brak wyspecjalizowanych lekarzy i pielęgniarek chętnych wykonywać przedmiotowe świadczenia, co nierzadko wiąże się z tym, że wobec ich braku w miejscu zamieszkania pacjenta – dojeżdżają z innych miast, czy z miast do wsi, co z kolei prowadzi do konieczności prowadzenia negocjacji z personelem medycznym w zakresie stawek wynagrodzenia (dojazdy, duże odległości są mniej „atrakcyjne" dla lekarzy specjalistów i pielęgniarek specjalistycznych niż praca w warunkach stacjonarnych – na oddziałach szpitalnych, w przychodniach specjalistycznych). Obecnie, również z uwagi na stan epidemii SARS CoV-2, brakuje personelu specjalistycznego, a tylko taki zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia, może wykonywać przedmiotowe świadczenia wentylacji mechanicznej. Lekarze specjaliści i pielęgniarki zaangażowani zostali do „walki z Covid-19" w szpitalach tymczasowych i na specjalnych oddziałach szpitalnych. Nie bez znaczenia pozostaje przy tym fakt notoryjny w postaci znaczącego wzrostu kosztów paliwa (o około 25 %), co znajdzie odzwierciedlenie we wzroście oczekiwań personelu medycznego w zakresie wysokości wynagrodzenia, zrelatywizowanego również do ponoszonych kosztów dojazdów. Zastosowane przez Agencję stawki nie odzwierciedlają więc faktycznych kosztów dojazdu i wynagrodzenia za godzinę, które są znacząco zaniżone (vide-tabela nr 22, str. 42 Raportu) i ustalone w oparciu o nieprawidłowe kryteria doboru stawek za wykonywanie innych świadczeń opieki zdrowotnej w znacząco odmiennych warunkach (stacjonarnych, w warunkach poradni specjalistycznych). Nieznany jest przy tym sposób ustalenia stawki za 1 km w wysokości 0,52 zł. Prawdopodobnie zastosowano stawkę tzw. kilometrówki dla pojazdów o pojemności skokowej do 900 cm3. Większość pojazdów ma jednak pojemność skokową powyżej 900 cm3, co winno implikować uwzględnienie stawki na poziomie 0,8358 zł/km (vide-rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy,Dz.U.2002.27.271 ze zm.). Należy nadto uwzględnić fakt, iż w ostatnich latach

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			znacznie wzrósł kurs Euro (z 4,20 zł na 4,60 zł), co przekłada się na wzrost cen sprzętu medycznego. Pallmed spółka z o.o. prowadzi racjonalną gospodarkę planową, stąd nabyła potrzebny sprzęt i środki ochrony osobistej „przed wzrostem cen", lecz w 2022 r. i kolejnych latach będzie nabywać sprzęt medyczny i te środki za kwoty znacząco wyższe niż w latach ubiegłych. Pallmed spółka z o.o. planuje zamówienia i zakupy z wyprzedzeniem na cały rok, z sukcesywną dostawą w ciągu roku, dlatego mimo wzrostu kursu Euro i cen transportu te koszty były jak dotąd stosunkowo niskie. Niestety aktualnie koszty te wzrosną. Niezależnie więc od tego, jakie będą kalkulacje, to aktualna niestabilność ekonomiczna może spowodować, że wszelkie kalkulacje mogą stać się nieaktualne z dnia na dzień. Agencja, ustalając proponowaną wysokość taryfy, nie uwzględniła tej istotnej, powszechnie znanej, okoliczności. Nie bez istotnego znaczenia jest również zapowiadany wzrost stawek minimalnych dla pracowników ochrony służby zdrowia. Od 1 lipca 2022 roku wzrosnąć mają minimalne pensje w ochronie zdrowia. Zespół do Spraw Ochrony Zdrowia Rady Dialogu Społecznego podpisał bowiem porozumienie z Ministrem Zdrowia w sprawie podwyżki płac. Największe podwyżki dostać mają lekarze z I stopniem specjalizacji, pielęgniarki ze średnim wykształceniem, fizjoterapeuci i diagności z tytułem magistra i specjalizacją. Według wstępnych szacunków, uwzględniając zastosowanie wyższych wskaźników, nastąpi wzrost wynagrodzeń dla lekarzy z II stopniem specjalizacji o 1.275 zł (wzrost wskaźnika z 1,31 na 1,45) oraz wzrost o 1.844 zł dla lekarzy z I stopniem specjalizacji (obecny wskaźnik to 1,2). W nowej tabeli nie będzie rozbicia na poziom specjalizacji. Fizjoterapeuta, psycholog kliniczny, inny pracownik wykonujący zawód medyczny wymagający tytułu magistra i specjalizacji, pielęgniarka z tytułem magistra i specjalizacją otrzymają wynagrodzenie wyższe prawdopodobnie o 1.679 zł (wzrost wskaźnika z 1,06 do 1,29). Taka sytuacja implikować będzie nie tylko obligatoryjny wzrost wynagrodzeń, ale i zwiększenie roszczeń pracowników ochrony zdrowia nieuprawnionych do ich otrzymania, którzy będą oczekiwać równego traktowania i proporcjonalnego zwiększenia wysokości wynagrodzenia w stosunku do personelu o takich samych kwalifikacjach, a objętych ww. zmianą przepisów. W związku z powyższym konieczne jest ustalenie przez Agencję stawek wynagrodzeń personelu medycznego w oparciu o faktycznie występujące kwoty wynagrodzeń w grupie świadczeniodawców wentylacji mechanicznej wykonywanej w warunkach domowych, nadto przy wzięciu pod uwagę wzrostu wynagrodzeń od dnia 01 lipca 2022 r. oraz niewątpliwego wzrostu kosztów udzielania świadczeń, z uwagi na wskazany wzrost cen sprzętu, paliwa etc. Agencja zamiast uwzględnić wzrost cen, w tym stawek wynagrodzeń personelu medycznego oraz wzrost wysokości ponoszonych kosztów związanych ze specyfiką opieki domowej, co implikować powinno naturalny wzrost wynagrodzeń za wykonywanie tych świadczeń, w sposób bezzasadny, bez jakichkolwiek merytorycznych podstaw, rekomenduje ich obniżenie. Obniżenie stawek taryf o 20 %, 32 % i 62 % nie znajduje uzasadnienia merytorycznego w przeprowadzonej przez Agencję analizie, wykonanej w oparciu o nieprawidłowe założenia, co skutkowało niesłuszną rekomendacją sprowadzającą się do propozycji istotnego obniżenia wagi punktowej poszczególnych produktów rozliczeniowych i zastosowanych cen. Przyjcie propozycji Agencji skutkować będzie brakiem personelu medycznego zainteresowanego udzielaniem świadczeń za kwoty znacząco obniżonych wynagrodzeń, co skutkować będzie faktycznym brakiem możliwości wykonywania świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach domowych dla pacjentów wentylowanych metodą nieinwazyjną, czego nie da się pogodzić z charakterem tych świadczeń – jako ratujących życie. Pacjenci wymagający świadczeń wentylacji mechanicznej znajdują się bowiem w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, co implikuje konieczność natychmiastowego objęcia ich opieką po zakończeniu hospitalizacji. Mając powyższe na uwadze nie sposób uznać, by wprowadzenie zaproponowanej przez Agencję taryfy odzwierciedlało koszty ponoszone na realizację świadczeń będących przedmiotem Raportu. Wręcz odwrotnie bowiem - przyjęcie propozycji Agencji skutkować będzie brakiem możliwości pokrycia faktycznie ponoszonych na realizację tych świadczeń kosztów. Taka zaś sytuacja, w kontekście wykonywania świadczeń poza limity określone w umowie na rzecz pacjentów, co do których na świadczeniodawcach spoczywa przymus ustawowy udzielenia świadczeń w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jakim są świadczenia wentylacji mechanicznej, implikować będzie konieczność pozostawienia pacjenta bez dostępu do owych świadczeń w warunkach domowych, co zapewne skutkować będzie wydłużonym okresem hospitalizacji z uwagi na potrzebę świadczeń wentylacji mechanicznej, mimo zakończenia leczenia przyczynowego albo w ostateczności powrotem pacjenta do szpitala – wobec braku personelu medycznego mogącego udzielać owych świadczeń w warunkach domowych. W aktualnej sytuacji w kraju, w tym w stanie pandemii SARS-CoV-2 należy liczyć się z dalszym dynamicznym rozwojem potrzeby udzielania owych świadczeń, bez potrzeby hospitalizacji pacjenta, co jednak w warunkach domowych, w razie obniżenia wagi punktowej i ceny wskazanych przez Agencję produktów rozliczeniowych może okazać się niemożliwe albo co najmniej znacząco utrudnione.
13.	**Joanna Kurkiewicz**	Ad1. Rozdział 2.4, str. 20 do 26 Ad2. Rozdział	Ad 1. W tym rozdziale przeanalizowano koszty opieki w różnych krajach, takich jak Anglia i Australia. Bezpośrednie porównanie poziomów refundacji usług wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w różnych krajach nie jest możliwe bez bardzo szczegółowej analizy zakresu tej opieki i związanych z nią wymagań. W niektórych krajach usługi wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych nie obejmują na przykład wizyt lekarskich, ponieważ ten zakres usług świadczą szpitale. W innych przypadkach liczba wizyt personelu medycznego lub materiały, które należy dostarczyć pacjentom, mogą się

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
		2.5, str. 27, Tabela 8	różnić, co ma wpływ na koszty, a tym samym na poziomy refundacji. A zatem, przedstawione tutaj dane nie mogą dawać spójnego porównania z kosztami wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w Polsce. Ad2. Przedstawione koszty wizyt domowych komercyjne znacząco przewyższają koszty, na których oparła się AOTMIT przy obliczeniu kosztów wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych. Powyższe stanowi dodatkowy dowód na to, że dane przekazywane przez świadczeniodawców faktycznie odzwierciedlają rzeczywiste koszty wizyt domowych personelu medycznego w dzisiejszych czasach, a AOTMIT nie wziął ich pod uwagę.
		Ad3. ● Rozdział 3.2, str. 32 do 35 (koszty infrastruktury) Tabele 13, 14,15	Ad3. Raport zaniża wartość kosztów infrastruktury, które to koszty stanowią bardzo ważny składnik kosztów wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych. Składnik ten obejmuje wszystkie koszty „zaplecza", które są niezbędne, by móc realizować usługę wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych na odpowiednim poziomie jakości i zgodnie z obowiązującymi przepisami. Obejmują one koszty (amortyzację) różnych urządzeń dostarczanych pacjentom, a także wiele innych niezbędnych kosztów: ● koszty amortyzacji sprzętu medycznego dostarczanego pacjentom (respiratory, dodatkowe baterie do respiratorów, nawilżacze do respiratorów, pulsoksymetry, koncentratory tlenu, ssaki...), ● koszty logistyki związane z dostarczeniem materiałów i urządzeń do pacjentów, ● koszty magazynowe związane z przechowywaniem materiałów eksploatacyjnych i wyrobów medycznych, ● koszty utrzymania i regularnej kontroli wyrobów medycznych, ● koszty usług związanych z personelem dyżurującym świadczącym pomoc w nagłych zdarzeniach występujących u pacjentów, ● koszty zespołów administracyjnych odpowiedzialnych za: obsługę kartotek pacjentów, obsługę zgłoszeń od pacjentów, wyszukiwanie i kontraktowanie personelu medycznego, obsługę kontraktów dla personelu medycznego, weryfikację danych przekazywanych przez personel medyczny, rozliczenia z NFZ, obsługę dokumentacji sprzętowej, BHP, zarządzanie jakością, ● koszty z obszaru IT, w tym koszty oprogramowania ● koszty najmu budynku, media, ● podatki i ubezpieczenia. Dane przedstawione w tabeli 13 są prawidłowe i odzwierciedlają rzeczywiste koszty ponoszone przez podmioty zajmujące się zapewnianiem wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych, a zostały one w 50% całkowicie odrzucone. Dane te należy wykorzystać w obliczeniach. Dane przedstawione w tabeli 15 nie mogą więc stanowić podstawy do obliczeń, ponieważ nie uwzględniają wielu składników kosztów wymienionych powyżej, a zatem daleko odbiegają od rzeczywistych kosztów. Prawidłowo obliczony koszt infrastruktury na podstawie danych z tabeli 13 – koszty zarządu i pozostałe koszty, tabeli 14 amortyzacja oraz przypisu do tabeli 15 koszty serwisu wynosi 45,25 zł. Koszty infrastruktury Skorygowana tabela 15 Zestawienie składowych elementów infrastruktury przyjętych do oszacowania kosztów świadczenia Elementy składowe koszt na osobodzień: a)Koszty amortyzacji wraz z serwisem 14,46 b)Koszty zarządu 11,73 c)Pozostałe koszty 19,06 Koszt infrastruktury razem 45,25 Tabele dosyłamy osobnym dokumentem.
		Ad4. ● Rozdział 3.2, str. 35 - 39 (koszty personelu medycznego) Tabele 16,17,18, 19 Ad5. ● Rozdział 3.2, str. 41 - 42, tabela 22 (parametry wizyty) Ad6. Rozdział 3.2, str. 42, tabela 23	Ad4. Stawek godzinowych w przypadku personelu medycznego zaangażowanego w zapewnienie wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych nie można wyliczyć według jednego schematu, ponieważ personel ten angażowany jest na podstawie różnych form umów (umowa cywilnoprawna, własna działalność gospodarcza itp.) i bardzo rzadko osoby te zajmują się zapewnianiem wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w pełnym wymiarze godzin. Zazwyczaj otrzymują oni określone wynagrodzenie miesięczne od każdego pacjenta, są opłacani za każdą wizytę lub w niektórych przypadkach według stawki za godzinę pracy. Każdy może mieć też różną stawkę za godzinę. Niemniej jednak dane uzyskane z AOTMIT po analizie danych wejściowych przekazanych przez podmioty zajmujące się wentylacją mechaniczną pacjenta w domu i przedstawione w sprawozdaniu w tabeli 16 są w ogólnym ujęciu spójne z rynkowym poziomem kosztów w 2020 r. Przykładowo, koszt godziny pracy lekarza w 2020 r. wynosił ok. 200 zł (nie uwzględniając kosztu i czasu dojazdu), ale do wyliczenia końcowego przyjęte zostały nie wiadomo na jakiej podstawie inne stawki. Danych przedstawionych w tabelach 17, 18 i 19 absolutnie nie można wykorzystać do analizy rzeczywistych kosztów godzinowych zapewnienia wentylacji mechanicznej pacjenta w domu, ponieważ pochodzą one od personelu Poradni lub Oddziałów Szpitalnych, zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy, na stałym stanowisku pracy. Średnie stawki wskazane w tabelach 17, 18 i 19 nie są stawkami obecnymi na rynku dla personelu medycznego wykonującego świadczenia wentylacji mechanicznej w domu pacjenta. Nikt nie pracuje za takie stawki, żaden anestezjolog czy inny specjalista nie pracuje za stawki minimalne. Wynagrodzenie personelu medycznego jest stale negocjowane. Ad5. Chcielibyśmy zwrócić uwagę, że w wielu przypadkach, w przypadku pacjentów na terenach wiejskich, odległość do pokonania będzie znacznie większa niż 25,5 km uwzględnione w tabeli 22. Koszt jednego kilometra uwzględniony w niniejszym raporcie jest również znacznie niższy niż koszty ponoszone obecnie w związku z dojazdem do pacjentów samochodem osobowym. Dla obecnie używanych samochodów, z silnikami o pojemności powyżej 900 cm3, stawka za 1 km przebiegu wynosi 0,8358 zł. Podstawa prawna: Dz. U. z 2002 r. nr 27, poz. 271 ze zm. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
		(koszty wizyty)	motorowerów niebędących własnością pracodawcy zmienione rozporządzeniem Ministra Transportu 1 z dnia 23.10. Jest to stawka obowiązująca od 2007 r i nie pokrywa ona obecnie całkowitego kosztu dojazdu – paliwa, kosztów eksploatacji, ubezpieczenia itp. Nawet przyjmując do wyliczeń odległość 25,5 km oraz minimalną stawkę za 1 km 0,8538 koszt dojazdu wynosi 21,30 zł a nie jak wyliczono 13,30 zł. Stosując prawidłowy koszt godziny pracy personelu medycznego, przedstawiony w tabeli 16, oraz stosując skorygowany koszt przejazdu, koszty wizyty domowej należy przeliczyć w następujący sposób: Skorygowana tabela 22 Koszt wizyty: a) lekarz 300,26 b) pielęgniarka 119,58 c) rehabilitant 117,16 - tabela załączona w osobnym Piśmie, ze względu na brak technicznej możliwości wklejenia tabeli. Ad6. Tabela 23 zawiera również błąd w obliczeniu liczby wizyt w przeliczeniu na dzień. ● 5.15.00.0000173: Dla pierwszej grupy pacjentów (wentylowanych powyżej 16 godz. na dobę) wymagana przepisami prawa częstotliwość wizyt lekarskich to jedna na tydzień. To daje 1/7 wizyty w przeliczeniu na dzień, co daje wartość 0,14286, a nie 0,133333, jak obliczono w tabeli 23. Wartość 0,133333 uzyskano poprzez uwzględnienie 4 wizyt na 30 dni, co stanowi bliskie, ale jednak błędne przybliżenie. Różnica ta nie jest trywialna, gdyż odzwierciedla ~7% więcej wizyt. W podobny sposób błędnie wyliczona jest liczba wizyt pielęgniarek i fizjoterapeutów w przeliczeniu na dzień powinna wynosić 2/7 (dwa razy w tygodniu) co daje 0,285714, a nie 0,266666. ● 5.15.00.0000232: dla drugiej grupy pacjentów (wentylowanych między 8 a 16 godz.) wymagana przepisami prawa częstotliwość wizyt lekarskich wynosi 1 raz na 2 tygodnie. W związku z tym prawidłowa liczba wizyt na dzień wynosi 1/14 = 0,07143, a nie błędnie 0,0666667, jak podano w tabeli 23. Wartość 0,0666667 uzyskano znów poprzez uwzględnienie 2 wizyt na 30 dni, co stanowi bliskie, ale jednak błędne przybliżenie, co ma duży wpływ na wycenę końcową. Podobnie jak w przypadku poprzedniej grupy pacjentów, liczba wizyt w przeliczeniu na dzień dla pielęgniarek powinna wynosić 0,142856 (jedna wizyta w tygodniu), a dla fizjoterapeutów 0,285714 (dwie wizyty w tygodniu). ● 5.15.00.0000233: w ostatniej grupie (pacjenci wentylowani poniżej 8 godz.) wyliczona teoretyczna liczba wizyt jest prawidłowa (raz na kwartał, a więc 4 razy do roku, 4/365= 0,011). To teoretyczne wyliczenie nie uwzględnia jednak faktu, że w zdecydowanej większości przypadków pacjenci ci wymagają znacznie większej liczby wizyt, ze względu na ich stan zdrowia. W wielu przypadkach wymagają również wizyt fizjoterapeuty, mimo że nie są one refundowane. Typowa częstotliwość wizyt u pacjentów z tej grupy to jedna wizyta w miesiącu. W związku z tym podana wartość powinna zostać skorygowana do 12/365 = 0,03288, aby odzwierciedlała rzeczywiste koszty, a nie jak błędnie wyliczono 4/365 co daje zaniżoną wartość do wyceny świadczenia. Zastosowanie prawidłowej częstotliwości wizyt i prawidłowego kosztu wizyt (ze skorygowanej tabeli 22) daje następujące wyniki, zsumowane w poprawionej wersji tabeli 23 (koszty w 2020 r.): Wycena osobodnia powinna zawierać następujące stawki: 5.15.00.0000173 Lekarz 42,89, Pielęgniarka 34,14 Rehabilitant 33,47 5.15.00.0000232 Lekarz 21,45, Pielęgniarka 17,08 Rehabilitant 33,47 5.15.00.0000233 Lekarz 9,87, Pielęgniarka 3,98 Rehabilitant 0* *koszty fizjoterapeutów zostały wycenione tutaj na 0, ale w rzeczywistości są wyższe, gdyż część pacjentów w tej grupie wymaga rehabilitacji tabela załączona w osobnym Piśmie
		Ad7. Rozdział 3.2, str. 43, tabela 25 (koszt całkowity Ad8. ● Rozdział 3.4, str. 43, tabela 26 (projekt taryfy)	Ad7. Tabelę 25 oparto na nieprawidłowych danych obliczonych w poprzednich tabelach, dlatego należy ją zaktualizować o poprawione wartości przedstawione powyżej. Skorygowana tabela 25 - tabela w załączeniu Wyliczenia zawarte w powyższej tabeli wskazują że dla produktu: - 5.15.00.0000173 – wycena powinna być zwiększona o ponad 40% a nie obniżona jak w wyliczeniach AOTMIT o 20% - powinna wynosić 200,10 zł - 5.15.00.0000232 - wycena powinna być zwiększona o 20% a nie obniżona jak w wyliczeniach AOTMIT o 32% - powinna wynosić 122,89 zł - 5.15.00.0000232 – nie powinna być obniżona o ponad 60% tylko powinna zostać utrzymana na dotychczasowym poziomie z uwagi na konieczność zapewnienia dodatkowych wizyt i badań, które nie są wymagane przez rozporządzenie a są konieczne do prawidłowej opieki nad pacjentem. Ad8.W tabeli 26 zaproponowano stawki w oparciu o błędne obliczenia z tabeli 25, w związku z czym należy je zaktualizować o prawidłowe wartości. Ponadto w tabeli 26 znajduje się dodatkowy błąd, ponieważ zakłada się w niej, że stawki powinny być równe kosztom. Stawki, podobnie jak we wszystkich krajach i we wszystkich rodzajach działalności, muszą dać dostawcom możliwość generowania rozsądnej marży. Taka marża jest potrzebna, by móc inwestować w innowacje lub w nowe materiały, zabezpieczyć koszty finansowania zakupu nowego sprzętu medycznego. Ponadto wygenerowany bufor finansowy daje możliwość zapewnienia pacjentom, którzy tego wymagają większej liczby wizyt czy badań niż wynika z rozporządzenia.
		Ad9. Rozdział 5, str. 46-49	Ad9. Wnioski przedstawione w tym rozdziale opierają się na nieprawidłowo przyjętych założeniach. Dane do tabel wynikowych zostały przyjęte wybiórczo. Nie uwzględniono w ogóle danych zabranych od świadczeniodawców lub wybrano dane zebrane od wybranej grupy świadczeniodawców (tylko podmioty publiczne). W efekcie powstał Raport, który jest nierzetelny, niewiarygodny, nie uwzględnia realiów rynkowych. W naszej opinii nie nadaje się do przekazania do dalszego procedowania. Zaproponowana nowa wycena świadczenia jest niższa od wyceny z 2016 r. Nie możemy się zgodzić z taką wyceną w obserwowanych warunkach znacznych wzrostów kosztów wynagrodzenia personelu medycznego oraz wzrostu inflacji. W całości odrzucamy przedstawiony Raport i kwestionujemy zaproponowaną wycenę świadczenia.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
14.	**mgr Renata Bryła**	Str. 43	Przedstawiona w Raporcie propozycja projektu Taryfy obniżająca na kolejne lata finansowanie świadczeń z zakresu świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie przy jednoczesnym rekomendowanym wprowadzeniu dodatkowych wymogów w postaci monitorowania i oceny procesu leczenia, wzroście cen towarów, usług i wynagrodzenia za pracę prowadził będzie do wzrostu kosztów po stronie świadczeniodawców, które nie będą refundowane przez NFZ. Ponadto należy wziąć pod uwagę rekomendacje konsultantów w kwestii opieki nad tymi pacjentami.
15.	**Ewa Matuszewska-Palacz**		w imieniu Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. przekazuję uwagi do raportu - zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Na terenie województwa pomorskiego funkcjonują dwa podmioty lecznicze, realizujące umowę w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej – dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. obejmuje aktualnie opieką 73 podopiecznych, w tym 46 pacjentów wentylowanych metodą inwazyjną, 16 pacjentów wentylowanych metodą nieinwazyjną z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych oraz 11 pacjentów wentylowanych metodą nieinwazyjną. W zespole pracuje: 15 lekarzy, 15 pielęgniarek oraz 15 fizjoterapeutów. Według stanu na dzień 08.11.2021 roku na liście pacjentów oczekujących zgłoszonych jest 16 pacjentów. Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2015 poz. 1658 z późn. zm.) jednym z warunków udzielania świadczeń dotyczy częstotliwość wizyt personelu medycznego (minimalnej liczby). Wdrażanie do wentylacji wiąże się ze zwiększaną częstotliwością wizyt personelu medycznego ze względu np. na szkolenie opiekunów, następstwem czego jest zwiększeniem liczby godzin pracy personelu. W przypadku obniżenia finansowania świadczeń, podmiot realizujący świadczenia będzie zmuszony do ograniczania kosztów, następstwem czego może być zmniejszona liczba wizyt – ograniczona do minimalnych wymagań. W takiej sytuacji pacjent mniej „zaopiekowany" przez zespół, może być narażony na infekcje i powikłania . Skutki mogą generować de facto zwiększone koszty dla płatnika - pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla wentylowanych mechaniczne a w skrajnych przypadkach na OITiA. Ważnym aspektem jest pozyskanie i utrzymanie wykwalifikowanej kadry medycznej. Udzielanie świadczeń na rozległym terenie, w domu pacjenta nie jest atrakcyjną propozycją pracy dla wielu osób. Zachętą mogą być jedynie finanse. Zatem obniżenie cen przedmiotowych świadczeń może skutkować brakiem potencjału wykonawczego do realizacji umów z NFZ.
16.	**Janina Adamczyk**	Rysunek 5	Błędne jest wskazywanie średniego czasu oczekiwania dla komórki organizacyjnej 2140, gdyż w 2020r. z powodu pandemii zmarło wielu pacjentów znajdujących się zarówno pod opieką, jak i w kolejce oczekujących.
		Rysunek 9	Świadczenia udzielane w ramach komórki organizacyjnej 2140 de facto są świadczeniami ratującymi życie, nawet jeżeli jako takie nie są wykazywane. A zatem wniosek zawarty w Raporcie dot. spadku ilości świadczeń oznaczanych jako epizody „ratujące życie" w związku z czynnościami kontrolnymi O.W. NFZ jest błędny, gdyż jest zbyt ogólnym uproszczeniem.
		Rozdział 3.2	- Przyjęto dane z 2016 roku, które nie uwzględniają m.in. wskaźnika inflacji za lata 2016-2021 i prognozy inflacji na kolejne lata (koszty leków, wyrobów i procedur medycznych; koszty wynagrodzeń; koszty zarządu). Wartość sumaryczna inflacji w latach 2016-2021 wyniosła 16,1% - Uwzględniono koszty generowane przez komórki organizacyjne nie będące przedmiotem postępowania 57 (tj. dot. innych postępowań: dla poradni i oddziałów szpitalnych nie powiązanych z komórką organizacyjną 2140) - Nie można uzasadniać przyjęcia przez Agencję danych z 2016r. tylko i wyłącznie z powodu dużego zróżnicowania stawek wynagrodzeń pracy personelu medycznego. - Średnia odległość dojazdu do i od pacjenta (25,5 km w obie strony) oraz czas dojazdu (28 min) są rażąco zaniżone, nawet w warunkach miejskich w niewielkich odległościach. - Koszt dojazdu przyjęto dla stawek oderwanych od rzeczywistości, w dodatku dla pojazdów o najniższej pojemności silnika, tj. do 900cm3 (0,5214zł za km).
		Tabela 25	Stawki wynagrodzeń podane w niniejszej tabeli są rażąco zaniżone w stosunku do obecnie obowiązujących stawek wypłacanych personelowi medycznemu. W Tabeli 25 przyjęto stawki wynagrodzeń dla poszczególnych grup zawodowych. Przykładowo dla produktu 5.15.00.0000173 zostały podane następujące dane: Lekarz: 21,28zł x 30 dni = 638,40zł; Pielęgniarka: 23,63zł x 30 dni = 708,90zł; Fizjoterapeuta: 18,45zł x 30 dni = 553,50zł. W oparciu o zaprezentowane w niniejszej Tabeli stawki wynagrodzeń dla personelu medycznego i rosnące oczekiwania finansowe nasz podmiot nie jest w stanie zapewnić opieki medycznej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Specyfika opieki domowej, rosnące koszty dojazdu do pacjenta (koszt paliwa, amortyzacja samochodów oraz czas dojazdu) obecnie w żaden sposób nie są konkurencyjne dla pracy specjalistów w lecznictwie stacjonarnym. W kontekście prognozowanego wzrostu wynagrodzeń w lecznictwie stacjonarnym zaproponowane przez AOTMiT stawki wynagrodzeń są stawkami zaporowymi. Od początku pandemii obserwowany jest odpływ personelu z opieki domowej do lecznictwa stacjonarnego, spowodowany niemożnością zaspokojenia roszczeń płacowych, dodatkowo znacznie ograniczając dostęp do personelu zainteresowanego pracą w podmiotach udzielających świadczeń w warunkach domowych.
		Rozdział 3.4	- Dane nie uwzględniają wzrostu kosztów usług medycznych spowodowanych trwającą pandemią Covid-19. - W obecnej wycenie nie uwzględniono wzrostu kosztów wyrobów medycznych i środków ochrony osobistej

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			spowodowanych pandemią koronawirusa. - Zaproponowana taryfa jest niższa od obecnie obowiązującej ustalonej w postępowaniu dot. wyceny świadczenia w 2016r. Nie uwzględnia inflacji (w latach 2016-2021 inflacji wzrosła o ok. 16,1%), a także realnego wzrostu kosztów personelu, sprzętu medycznego trwałego i jednorazowego użytku. - W naszym przekonaniu udzielanie świadczeń opieki medycznej pacjentom objętym postępowaniem 57 zgodnie z zaproponowaną wyceną tego świadczenia, jest nierealne i rodzi konieczność zaprzestania udzielania świadczeń tej grupie pacjentów. Alternatywą jest zatem przekazanie tych pacjentów do opieki sprawowanej przez podmioty publiczne, w których koszt opieki jest znacznie obciążający dla płatnika, co również było przedmiotem opracowania przygotowanego przez Agencję w 2020r.
17.	**Magdalena Osińska-Kurzywilk**		W odpowiedzi na opublikowany w dniu 2 listopada br. Raport w sprawie ustalenia nowych taryf świadczeń nr WT.5403.24.2021, przekazujemy stanowisko Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" z prośbą o jego uwzględnienie, gdyż każde świadczenie realizowane w obszarze opieki długoterminowej, a w szczególności umiejscowione w warunkach domowych, powinno być oceniane i wyceniane ze szczególną uwagą i precyzją. Z naszego punktu widzenia takie podejście jest niezbędne ze względu na wiele strategicznych dokumentów formułujących opiekę domową jako priorytetową ze względów zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych. W raporcie z rekomendacją nowych świadczeń dla: • 5.15.00.0000173 - osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych (pow. 16 godzin), • 5.15.00.0000232 - osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie od 8 do 16 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowomięśniowych, • 5.15.00.0000233 - osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie poniżej 8 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowomięśniowych, Wydział Taryfikacji Agencji Ocen Technologii Medycznych i Taryfikacji zaproponował znaczne obniżenie wagi punktowej (od -20% do aż -62%), co oznacza w naszej opinii realne zagrożenie dla możliwości kontynuacji tego typu świadczeń w przyszłości. Po przeprowadzonej analizie zaprezentowanego dokumentu nie widzimy uzasadnienia, dla którego rekomenduje się obniżenie stawek dla wszystkich trzech wyżej wymienionych świadczeń. Raport z niezrozumiałych dla nas przyczyn, nie uwzględnia wzrostu kosztów realizacji tego świadczenia (m.in. znacznego wynagrodzenia personelu medycznego zaangażowanego w realizację świadczenia, wzrostu cen sprzętu medycznego czy nawet cen paliwa) oraz wzrostu wysokości ponoszonych kosztów związanych z samą specyfiką sprawowania opieki domowej. Co więcej, do sformułowania rekomendacji użyto wybiórczych danych często nie odnoszących się w ramach metody porównawczej do danych z poprzednich lat. Tam gdzie dane były faktyczne porównywane rok do roku został odnotowany trend wzrostowy kosztów (tabele nr. 16 oraz 17) W jaki sposób zatem Wydział Taryfikacji AOTMiT wyliczył konieczność obniżki wyceny świadczeń, tego nie jesteśmy zrozumieć, ponieważ w dalszej części opracowania zrezygnowano z danych porównawczych rok do roku, na rzecz oszacowania całkowicie na nowo: • kosztów infrastruktury, • kosztów osobowych, • kosztów transportu, • kosztów leków i wyrobów medycznych, • kosztów procedur. Czy oznacza to, że AOTMiT podważa swoją własną wycenę taryf z roku 2016? Bez jednoznacznej odpowiedzi na tak postawione pytanie nie można obiektywnie odnieść się do zaprezentowanych w raporcie danych. To co dla nas i dla autorów raportu powinno być jednoznaczne to powszechnie dostępne dane wskazujące jednoznacznie, że od 2016 roku do dzisiaj mamy do czynienia ze: • znacznym wzrostem kosztów wynagrodzeń lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów, • spadkiem liczby lekarzy i pielęgniarek gotowych do pracy w opiece długoterminowej, • znacznym wzrostem kosztów transportu, który jest istotnym elementem realizacji świadczeń w warunkach domowych, • wzrostem kosztów zakupu leków oraz wyrobów medycznych, • pogłębiającym się niedoszacowaniem wielu procedur realizowanych w opiece długoterminowej, • wzrostem pacjentów kwalifikowanych przez szpitale do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej realizowanej w warunkach domowych, • spadkiem rentowności lub wręcz pogłębieniem nierentowności wszystkich świadczeń w opiece długoterminowej. Czy wobec powyższego znajdujemy jakiekolwiek uzasadnienie dla propozycji obniżenia taryf o: 20, 32 oraz 62%? Odpowiedź jest jednoznaczna. Zdaniem członków Koalicji wszystkie świadczenia zaliczane do opieki długoterminowej, a szczególnie te realizowane w warunkach domowych, wymagają wzrostu stawek. Ich brak będzie skutkował dalszym spadkiem zainteresowania personelu medycznego do udzielania świadczeń w tym zakresie. Ich obniżenie oznacza z kolei ryzyko pojawienia się szeregu negatywnych czynników, łącznie z rezygnacją przez świadczeniodawców z dalszej aktywności w tym obszarze i koniecznością powtórnej

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			hospitalizacji pacjentów lub ich przeniesieniem do stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej, co oznacza m.in. wyższe koszty dla publicznego płatnika. Byłoby to sprzeczne ze strategią deinstytucjonalizacji, na temat której swoje opracowania opublikowały już resorty zdrowia oraz rodziny i polityki społecznej. Również nasza Koalicja opublikowała raport pt. Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Cele i wyzwania (raport do pobrania na stronie: www.niesamodzielnym.pl), którego jednoznacznie wynika, że nie ma już przestrzeni na szukanie dalszych oszczędności w sektorze opieki długoterminowej bez obniżenia jakości tych świadczeń. Dotyczy to również nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej realizowanej w warunkach domowych. Reasumując, przyjęcie propozycji Agencji skutkowałoby uniemożliwieniem pokrycia kosztów faktycznie ponoszonych na realizację tych świadczeń. W efekcie otrzymamy wydłużenie okresu hospitalizacji lub konieczności powrotu pacjenta do szpitala ze względu na braki personelu medycznego mogącego udzielać owych świadczeń w warunkach domowych. Należy także pamiętać o aktualnej sytuacji epidemiologicznej, związanej ze stanem pandemii SARS-CoV-2, która wiąże się również ze wzrostem liczby pacjentów kierowanych po leczeniu szpitalnym do kontynuacji respiratoterapii w warunkach domowych. W przypadku wprowadzenia nowych taryf, w wysokościach zaproponowanych przez Agencję, pobyt pacjenta w domu również może okazać się niemożliwy a co za tym idzie - wiązać się będzie z koniecznością dalszej, niepotrzebnej i bardzo drogiej hospitalizacji. W związku z powyższym, apelujemy do Pana Prezesa o przeprowadzenie rzetelnej weryfikacji zaprezentowanego raportu i pilne skonsultowanie jego treści ze wszystkimi interesariuszami. Dotychczasowe stawki powinny być bowiem nie tylko nieobniżane, ale wręcz podwyższone, tak aby uwzględnić znaczny wzrost kosztów, o których piszemy powyżej.
18.	**Beata Drzazga**	Ad1. Rozdział 2.4, str. 20 do 26 Ad2. Rozdział 2.5, str. 27, Tabela 8	Ad 1. W tym rozdziale przeanalizowano koszty opieki w różnych krajach, takich jak Anglia i Australia. Bezpośrednie porównanie poziomów refundacji usług wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w różnych krajach nie jest możliwe bez bardzo szczegółowej analizy zakresu tej opieki i związanych z nią wymagań. W niektórych krajach usługi wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych nie obejmują na przykład wizyt lekarskich, ponieważ ten zakres usług świadczą szpitale. W innych przypadkach liczba wizyt personelu medycznego lub materiały, które należy dostarczyć pacjentom, mogą się różnić, co ma wpływ na koszty, a tym samym na poziomy refundacji. A zatem, przedstawione tutaj dane nie mogą dawać spójnego porównania z kosztami wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w Polsce. Ad2. Przedstawione koszty wizyt domowych komercyjne znacząco przewyższają koszty, na których oparła się AOTMIT przy obliczeniu kosztów wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych. Powyższe stanowi dodatkowy dowód na to, że dane przekazywane przez świadczeniodawców faktycznie odzwierciedlają rzeczywiste koszty wizyt domowych personelu medycznego w dzisiejszych czasach, a AOTMIT nie wziął ich pod uwagę.
		Ad3. ● Rozdział 3.2, str. 32 do 35 (koszty infrastruktury) Tabele 13, 14,15	Ad3. Raport zaniża wartość kosztów infrastruktury, które to koszty stanowią bardzo ważny składnik kosztów wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych. Składnik ten obejmuje wszystkie koszty „zaplecza", które są niezbędne, by móc realizować usługę wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych na odpowiednim poziomie jakości i zgodnie z obowiązującymi przepisami. Obejmują one koszty (amortyzację) różnych urządzeń dostarczanych pacjentom, a także wiele innych niezbędnych kosztów: ● koszty amortyzacji sprzętu medycznego dostarczanego pacjentom (respiratory, dodatkowe baterie do respiratorów, nawilżacze do respiratorów, pulsoksymetry, koncentratory tlenu, ssaki...), ● koszty logistyki związane z dostarczeniem materiałów i urządzeń do pacjentów, ● koszty magazynowe związane z przechowywaniem materiałów eksploatacyjnych i wyrobów medycznych, ● koszty utrzymania i regularnej kontroli wyrobów medycznych, ● koszty usług związanych z personelem dyżurującym świadczącym pomoc w nagłych zdarzeniach występujących u pacjentów, ● koszty zespołów administracyjnych odpowiedzialnych za: obsługę kartotek pacjentów, obsługę zgłoszeń od pacjentów, wyszukiwanie i kontraktowanie personelu medycznego, obsługę kontraktów dla personelu medycznego, weryfikację danych przekazywanych przez personel medyczny, rozliczenia z NFZ, obsługę dokumentacji sprzętowej, BHP, zarządzanie jakością, ● koszty z obszaru IT, w tym koszty oprogramowania ● koszty najmu budynku, media, ● podatki i ubezpieczenia. Dane przedstawione w tabeli 13 są prawidłowe i odzwierciedlają rzeczywiste koszty ponoszone przez podmioty zajmujące się zapewnianiem wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych, a zostały one w 50% całkowicie odrzucone. Dane te należy wykorzystać w obliczeniach. Dane przedstawione w tabeli 15 nie mogą więc stanowić podstawy do obliczeń, ponieważ nie uwzględniają wielu składników kosztów wymienionych powyżej, a zatem daleko odbiegają od rzeczywistych kosztów. Prawidłowo obliczony koszt infrastruktury na podstawie danych z tabeli 13 – koszty zarządu i pozostałe koszty, tabeli 14 amortyzacja oraz przypisu do tabeli 15 koszty serwisu wynosi 45,25 zł. Koszty infrastruktury Skorygowana tabela 15 Zestawienie składowych elementów infrastruktury przyjętych do oszacowania kosztów świadczenia Elementy składowe koszt na osobodzień: a)Koszty amortyzacji wraz z serwisem 14,46 b)Koszty zarządu 11,73 c)Pozostałe koszty 19,06 Koszt infrastruktury razem 45,25 Tabele dosyłamy osobnym dokumentem.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
		Ad4. ● Rozdział 3.2, str. 35 - 39 (koszty personelu medycznego) Tabele 16,17,18, 19 Ad5. ● Rozdział 3.2, str. 41 - 42, tabela 22 (parametry wizyty) Ad6. Rozdział 3.2, str. 42, tabela 23 (koszty wizyty)	Ad4. Stawek godzinowych w przypadku personelu medycznego zaangażowanego w zapewnienie wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych nie można wyliczyć według jednego schematu, ponieważ personel ten angażowany jest na podstawie różnych form umów (umowa cywilnoprawna, własna działalność gospodarcza itp.) i bardzo rzadko osoby te zajmują się zapewnianiem wentylacji mechanicznej pacjenta w warunkach domowych w pełnym wymiarze godzin. Zazwyczaj otrzymują oni określone wynagrodzenie miesięczne od każdego pacjenta, są opłacani za każdą wizytę lub w niektórych przypadkach według stawki za godzinę pracy. Każdy może mieć też różną stawkę za godzinę. Niemniej jednak dane uzyskane z AOTMIT po analizie danych wejściowych przekazanych przez podmioty zajmujące się wentylacją mechaniczną pacjenta w domu i przedstawione w sprawozdaniu w tabeli 16 są w ogólnym ujęciu spójne z rynkowym poziomem kosztów w 2020 r. Przykładowo, koszt godziny pracy lekarza w 2020 r. wynosił ok. 200 zł (nie uwzględniając kosztu i czasu dojazdu), ale do wyliczenia końcowego przyjęte zostały nie wiadomo na jakiej podstawie inne stawki. Danych przedstawionych w tabelach 17, 18 i 19 absolutnie nie można wykorzystać do analizy rzeczywistych kosztów godzinowych zapewnienia wentylacji mechanicznej pacjenta w domu, ponieważ pochodzą one od personelu Poradni lub Oddziałów Szpitalnych, zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy, na stałym stanowisku pracy. Średnie stawki wskazane w tabelach 17, 18 i 19 nie są stawkami obecnymi na rynku dla personelu medycznego wykonującego świadczenia wentylacji mechanicznej w domu pacjenta. Nikt nie pracuje za takie stawki, żaden anestezjolog czy inny specjalista nie pracuje za stawki minimalne. Wynagrodzenie personelu medycznego jest stale negocjowane. Ad5. Chcielibyśmy zwrócić uwagę, że w wielu przypadkach, w przypadku pacjentów na terenach wiejskich, odległość do pokonania będzie znacznie większa niż 25,5 km uwzględnione w tabeli 22. Koszt jednego kilometra uwzględniony w niniejszym raporcie jest również znacznie niższy niż koszty ponoszone obecnie w związku z dojazdem do pacjentów samochodem osobowym. Dla obecnie używanych samochodów, z silnikami o pojemności powyżej 900 cm3, stawka za 1 km przebiegu wynosi 0,8358 zł. Podstawa prawna: Dz. U. z 2002 r. nr 27, poz. 271 ze zm. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy zmienione rozporządzeniem Ministra Transportu 1 z dnia 23.10. Jest to stawka obowiązująca od 2007 r i nie pokrywa ona obecnie całkowitego kosztu dojazdu – paliwa, kosztów eksploatacji, ubezpieczenia itp. Nawet przyjmując do wyliczeń odległość 25,5 km oraz minimalną stawkę za 1 km 0,8538 koszt dojazdu wynosi 21,30 zł a nie jak wyliczono 13,30 zł. Stosując prawidłowy koszt godziny pracy personelu medycznego, przedstawiony w tabeli 16, oraz stosując skorygowany koszt przejazdu, koszty wizyty domowej należy przeliczyć w następujący sposób: Skorygowana tabela 22 Koszt wizyty: a) lekarz 300,26 b) pielęgniarka 119,58 c) rehabilitant 117,16 - tabela załączona w osobnym Piśmie, ze względu na brak technicznej możliwości wklejenia tabeli. Ad6. Tabela 23 zawiera również błąd w obliczeniu liczby wizyt w przeliczeniu na dzień. ● 5.15.00.0000173: Dla pierwszej grupy pacjentów (wentylowanych powyżej 16 godz. na dobę) wymagana przepisami prawa częstotliwość wizyt lekarskich to jedna na tydzień. To daje 1/7 wizyty w przeliczeniu na dzień, co daje wartość 0,14286, a nie 0,133333, jak obliczono w tabeli 23. Wartość 0,133333 uzyskano poprzez uwzględnienie 4 wizyt na 30 dni, co stanowi bliskie, ale jednak błędne przybliżenie. Różnica ta nie jest trywialna, gdyż odzwierciedla ~7% więcej wizyt. W podobny sposób błędnie wyliczona jest liczba wizyt pielęgniarek i fizjoterapeutów w przeliczeniu na dzień powinna wynosić 2/7 (dwa razy w tygodniu) co daje 0,285714, a nie 0,266666. ● 5.15.00.0000232: dla drugiej grupy pacjentów (wentylowanych między 8 a 16 godz.) wymagana przepisami prawa częstotliwość wizyt lekarskich wynosi 1 raz na 2 tygodnie. W związku z tym prawidłowa liczba wizyt na dzień wynosi 1/14 = 0,07143, a nie błędnie 0,0666667, jak podano w tabeli 23. Wartość 0,0666667 uzyskano znów poprzez uwzględnienie 2 wizyt na 30 dni, co stanowi bliskie, ale jednak błędne przybliżenie, co ma duży wpływ na wycenę końcową. Podobnie jak w przypadku poprzedniej grupy pacjentów, liczba wizyt w przeliczeniu na dzień dla pielęgniarek powinna wynosić 0,142856 (jedna wizyta w tygodniu), a dla fizjoterapeutów 0,285714 (dwie wizyty w tygodniu). ● 5.15.00.0000233: w ostatniej grupie (pacjenci wentylowani poniżej 8 godz.) wyliczona teoretyczna liczba wizyt jest prawidłowa (raz na kwartał, a więc 4 razy do roku, 4/365= 0,011). To teoretyczne wyliczenie nie uwzględnia jednak faktu, że w zdecydowanej większości przypadków pacjenci ci wymagają znacznie większej liczby wizyt, ze względu na ich stan zdrowia. W wielu przypadkach wymagają również wizyt fizjoterapeuty, mimo że nie są one refundowane. Typowa częstotliwość wizyt u pacjentów z tej grupy to jedna wizyta w miesiącu. W związku z tym podana wartość powinna zostać skorygowana do 12/365 = 0,03288, aby odzwierciedlała rzeczywiste koszty, a nie jak błędnie wyliczono 4/365 co daje zaniżoną wartość do wyceny świadczenia. Zastosowanie prawidłowej częstotliwości wizyt i prawidłowego kosztu wizyt (ze skorygowanej tabeli 22) daje następujące wyniki, zsumowane w poprawionej wersji tabeli 23 (koszty w 2020 r.): Wycena osobodnia powinna zawierać następujące stawki: 5.15.00.0000173 Lekarz 42,89, Pielęgniarka 34,14 Rehabilitant 33,47 5.15.00.0000232 Lekarz 21,45, Pielęgniarka 17,08 Rehabilitant 33,47 5.15.00.0000233 Lekarz 9,87, Pielęgniarka 3,98 Rehabilitant 0* *koszty fizjoterapeutów zostały wycenione tutaj na 0, ale w

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			rzeczywistości są wyższe, gdyż część pacjentów w tej grupie wymaga rehabilitacji tabela załączona w osobnym Piśmie.
		Ad7. Rozdział 3.2, str. 43, tabela 25 (koszt całkowity Ad8. ● Rozdział 3.4, str. 43, tabela 26 (projekt taryfy)	Ad7. Tabelę 25 oparto na nieprawidłowych danych obliczonych w poprzednich tabelach, dlatego należy ją zaktualizować o poprawione wartości przedstawione powyżej. Skorygowana tabela 25 - tabela w załączeniu Wyliczenia zawarte w powyższej tabeli wskazują że dla produktu: - 5.15.00.0000173 – wycena powinna być zwiększona o ponad 40% a nie obniżona jak w wyliczeniach AOTMIT o 20% - powinna wynosić 200,10 zł - 5.15.00.0000232 - wycena powinna być zwiększona o 20% a nie obniżona jak w wyliczeniach AOTMIT o 32% - powinna wynosić 122,89 zł - 5.15.00.0000232 – nie powinna być obniżona o ponad 60% tylko powinna zostać utrzymana na dotychczasowym poziomie z uwagi na konieczność zapewnienia dodatkowych wizyt i badań, które nie są wymagane przez rozporządzenie a są konieczne do prawidłowej opieki nad pacjentem. Ad8.W tabeli 26 zaproponowano stawki w oparciu o błędne obliczenia z tabeli 25, w związku z czym należy je zaktualizować o prawidłowe wartości. Ponadto w tabeli 26 znajduje się dodatkowy błąd, ponieważ zakłada się w niej, że stawki powinny być równe kosztom. Stawki, podobnie jak we wszystkich krajach i we wszystkich rodzajach działalności, muszą dać dostawcom możliwość generowania rozsądnej marży. Taka marża jest potrzebna, by móc inwestować w innowacje lub w nowe materiały, zabezpieczyć koszty finansowania zakupu nowego sprzętu medycznego. Ponadto wygenerowany bufor finansowy daje możliwość zapewnienia pacjentom, którzy tego wymagają większej liczby wizyt czy badań niż wynika z rozporządzenia.
		Ad9. Rozdział 5, str. 46-49	Ad9. Wnioski przedstawione w tym rozdziale opierają się na nieprawidłowo przyjętych założeniach. Dane do tabel wynikowych zostały przyjęte wybiórczo. Nie uwzględniono w ogóle danych zabranych od świadczeniodawców lub wybrano dane zebrane od wybranej grupy świadczeniodawców (tylko podmioty publiczne). W efekcie powstał Raport, który jest nierzetelny, niewiarygodny, nie uwzględnia realiów rynkowych. W naszej opinii nie nadaje się do przekazania do dalszego procedowania. Zaproponowana nowa wycena świadczenia jest niższa od wyceny z 2016 r. Nie możemy się zgodzić z taką wyceną w obserwowanych warunkach znacznych wzrostów kosztów wynagrodzenia personelu medycznego oraz wzrostu inflacji. W całości odrzucamy przedstawiony Raport i kwestionujemy zaproponowaną wycenę świadczenia.
19.	**Marcin Warzecha**		Ostatnia taryfikacja świadczenia wentylacji mechanicznej w warunkach domowych została przeprowadzona w 2016r. W wyniku tej taryfikacji zostały ustalone następujące taryfy dla omawianych aktualnie procedur: 4,91, 4,39, 3,56 punkta. Aktualna propozycja taryf zakłada spadek taryf do poziomu odpowiednio: 3,94, 2,98, 1,35 punkta. Jak to możliwe, że przy zdecydowanym wzroście kosztów (szczególnie zatrudnienia personelu medycznego) proponowana jest zdecydowana obniżka taryf? Która taryfikacja zatem jest przeprowadzona prawidłowo?
			Danych międzynarodowych nie można porównać z danymi polskimi, zarówno w zakresie samego świadczenia jak i jego kosztów. Po pierwsze nie można zestawić rzeczonego świadczenia w oderwaniu od całościowego systemu opieki zdrowotnej w danym kraju. Po drugie przedstawione koszty są szczątkowe, brak jest standaryzacji kosztów przez co nie jest możliwe zestawienie porównań międzynarodowych ze sobą jak również z rynkiem polskim.
			W zakresie kosztów personelu medycznego Agencja postanowiła wziąć pod uwagę tylko koszty z bazy danych Agencji (s.40 raportu) co jest ewidentnym nadużyciem. Poza tym nie można zestawić kosztów personelu medycznego na podstawie wynagrodzeń godzinowych w szpitalu, przy zatrudnieniu na wymiar etatu (praca ciągła z założenia) z pracą w wentylacji domowej, gdzie praca wykonywana jest w warunkach wyjazdowych do pojedynczego pacjenta, a czas jednostkowej wizyty z czasem dojazdu nie rzadko przekracza 2-3h.
			Dotyczy tabeli 22, s.42 - Parametry wizyty 2020r. Koszty wynagrodzenia personelu medycznego wraz z kosztami dojazdu są błędnie wyliczone i nie odpowiadają realiom rynkowym 2020r. Dla przykładu wynagrodzenie lekarza obliczone na poziomie 160 PLN za wizytę wraz z kosztem dojazdu nie jest możliwe do zastosowanie w praktyce. Przekazane dane wynagrodzeń do Agencji pokazują poziomy prawie dwukrotnie wyższe. To sama uwaga dotyczy wynagrodzenia pozostałego personelu medycznego. Nie ma poza tym wzmianki czy dane stawki są netto czy brutto co ma istotnie znaczenie dla podmiotu leczniczego prowadzącego świadczenie.
			Niniejsza propozycja nowych taryf dla świadczeń wentylacji mechanicznej w warunkach domowych oparta jest o błędnie wyliczone koszty, przede wszystkim koszty personelu medycznego. Poza tym proponowane taryfy zakładają jedynie pokrycie kosztów bezpośrednich bez marży podmiotu leczniczego, który poza zyskiem, który jest istotą prowadzenia każdej działalności gospodarczej ma w swoim zakresie szereg zadań i obowiązków wynikających z prowadzonej działalności leczniczej np. posiadanie zapasu sprzętu medycznego dla nowych pacjentów oraz w razie awarii, ponoszenie kosztów przeglądów i serwisów sprzętu medycznego, zaopatrywanie pacjentów w materiały medyczne i eksploatacyjne co wiąże się z potrzebą zatrudnienia pracowników do obsługi logistycznej pacjentów, poza tym prowadzenie i magazynowanie pełnej dokumentacji medycznej pacjentów, co wymaga pracy wielu osób w siedzibie administracyjnej podmiotu leczniczego. Reasumując niniejsza propozycja taryf oparta jest o błędne dane kosztowe i niepogłębioną analizę funkcjonowania niniejszego świadczenia.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
20.	**dr hab. n. med. Robert Kieszko**		Propozycja wzbudziła ogromny niepokój w środowisku osób zajmujących się leczeniem tej grupy chorych. Jestem zdania, że tak duża obniżka wyceny może spowodować odejście od prowadzenia tej procedury przez zajmujące się nią dotąd jednostki, a na pewno ograniczy dostęp do leczenia w przyszłości. W raporcie Agencji zignorowano dane zebrane od świadczeniodawców i oparto się o własne źródła, co stawia jego wiarygodność pod znakiem zapytania. Uwagę zwracają zwłaszcza podane w raporcie stawki wynagrodzeń za wizytę, które nie odpowiadają obecnie obowiązującym. Wycena procedury na podstawie przyjętych zaniżonych stawek powoduje zaniżoną wycenę świadczenia. W związku z powyższym proszę o ponowne przeanalizowanie raportu.
21.	**Maciej Chmielowski**		PROTEST W związku z opublikowaniem w dniu 2 listopada 2021roku ,,Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021", dotyczącym taryfikacji świadczeń gwarantowanych, działając w imieniu świadczeniodawcy realizującego umowę w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjno - opiekuńcze, w zakresie: zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, niniejszym wnoszę sprzeciw wobec wniosków płynących z Raportu oraz wnoszę o jego ponowną weryfikacje uwzględniając przytoczone w tym piśmie argumenty. Ponadto wnoszę o wstrzymanie podejmowania jakichkolwiek decyzji i wydawania wszelkich rekomendacji na podstawie Raportu do czasu jego ponownego zweryfikowania. Stanowczy sprzeciw wnoszę wobec metodologii oraz przyjętych założeń w procesie opracowania Raportu. Raport wybiórczo uwzględnia zgromadzone przez jego twórców dane, co szczegó1nie widoczne jest w jego reasumpcji zawierającej końcowe wnioski Brak metodyki wyboru danych przejawia si przyjmowaniem jedynie części danych, pomijając wiarygodne źródło danych jakim są świadczeniodawcy dostarczający wkłady merytoryczne w procesie tworzenia Raportu. Opracowanie nie uwzględnia także w ramach wnioskowania danych zdobytych przez Agencję w drodze wywiadów telefonicznych oraz badan internetowych. Także przyj ta metodyka wyliczeń rodzi poważne wątpliwości W związku z powyższym, wnoszę o możliwość spotkania, podczas którego możliwe będzie przedyskutowanie, z przedstawicielami Agencji uczestniczącymi w opracowaniu Raportu, najistotniejszych wątpliwości i zastrzeżeń merytorycznych - zgodnie z poniższym. 1. W przedmiotowym Raporcie przywołane są analizy elementów składowych kosztów świadczonej usługi medycznej adekwatnie do standardu procedury. W części dotyczącej wynagrodzeń personelu medycznego, w analizie prezentowane są trzy źródła danych odnoszące się do wynagrodzeń personelu medycznego: a. Tabela 8 - zawiera dane pozyskane przez Agencję w ramach przeprowadzonego wywiadu telefonicznego oraz weryfikację cenników dostępnych na stronach internetowych; b. Tabela 16 - zawiera dane pozyskane od świadczeniodawców współpracujących z Agencją w trakcie procesu taryfikacji świadczenia; c. Tabele 17, 18, 19 - stanowi zestawienie kosztów wynagrodzeń personelu lekarskiego, pielęgniarskiego oraz fizjoterapeutów, przy czym dane te nie odnoszą się świadczeń udzielanych w domu pacjenta, a pochodzą od personelu OPK. Agencja z niezrozumiałych powodów w wyliczeniach godzinowej stawki personelu medycznego w świadczeniach domowych bierze pod uwag dane zawarte w tabelach 17, 18 i 19, pomijając natomiast źródła danych, które stanowią tabele 8 i 16. W naszej opinii jest to ewidentny błąd, gdyż: stawki przyjęte jako punkt odniesienia do dalszego wnioskowania nie odnoszą się do kosztu pracy personelu medycznego w domu pacjenta. W związku z powyższym, proponowana finalnie stawka przez Agencję znacząco różni się od faktycznych stawek rynkowych stosowanych w relacjach z personelem medycznym dla świadczeń domowych. Ponadto stawki przyjęte przez Agencję nie zostały w żaden sposób zindeksowane wskaźnikiem inflacji Ta z kolei jest argumentem podnoszonym przez wsp6tpracujący personel medyczny, kt6ry wywiera na świadczeniodawcach presje placowe. Dodatkowo nawet dane Agencji dla personelu OPK wskazują na wzrost stawek o ponad 20% miedzy 2020 a 2022 rokiem. Dla zobrazowania skali różnic zakresie stawek obowiązujących w relacjach z personelem medycznym prowadzącym leczenia pacjentów wentylowanych w domach pacjentów, poniżej zamieszczam tabel obrazującą wspomniane wyżej rozbieżności, natomiast w załącznikach do niniejszego pisma, przekazuję zanonimizowane umowy z personelem medycznym DOM Medica z każdego województwa, w którym nasza firma świadczy domowe leczenie respiratorem, a są to po 2 umowy dla każdego rodzaju personelu medycznego {dla zachowania obiektywizmu przyjęliśmy po jednej umowie z personelem o najwyższym oraz najniższym wynagrodzeniu) - załączniki nr 1-30. 1.1. Koszt wizyt y domowej – dojazd. W przedmiotowym Raporcie szacowany średni czas dojazdu personelu medycznego do pacjenta ustalono 28 minut. Wartość ta wynika z wyliczenia Agencji, iż średnia odległość dojazdu do pacjenta wynosi 12,75 km, tj. 25,5 km w obu kierunkach. Wyżej przytoczone założenia nie odzwierciedlają faktycznych danych, co zostało opisane w poniższych punktach: a. Przyjęty przez Agencję średni czas dojazdu wynosi 60 km/h, co znacząco podnosi wartość uzyskiwanych średnich prędkości na Polskich drogach. Zgodnie z danymi dostępnymi m.in. na portalu autoswiat.pl, średnie prędkości pojazdów na obszarach zabudowanych nie przekraczają 40 km/h, natomiast w miastach oscylują w okolicach 30 km/h, spadając do niecałych 20 km/h w tzw. godzinach szczytu. Większe prędkości możliwe są do uzyskania jedynie poza obszarami zabudowanymi, po których też porusza si dojeżdżający personel medyczny, jednak utrzymanie takiej średniej prędkości, w sytuacji dojazdu do pacjenta jest niemożliwa i stanowi zbytnie uproszczenie analizy. Odległości, jakie pokonuje personel medyczny znacząco różnią się w

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			przypadku dużych aglomeracji i powiatów o mniejszej liczbie mieszkańców. 0 ile w przypadku tych pierwszych, średnie odległości pokonywane przez personel medyczny mogą być szacowane na około 30 km, to w przypadku powiatów o mniejszej gęstości zaludnienia średnie pokonywane odległości przez zespoły medyczne znacznie przekraczają przyjęte odległości Wnioskuj , że Agencja zapewne dla swoich wyliczeń porównała miejsca zamieszkania pacjentów z lokalizacją najbliższego szpitala, nie zaś z miejscami zamieszkania personelu medycznego opiekującego si pacjentami. d. Jeśli zaś chodzi o przyjęty w raporcie średni czas dojazdu do pacjenta, nawet w przypadku dużych aglomeracji i ich okolic (przyjmując założenie, że dojazd nie przekracza 30km), faktyczny czas dojazdu personelu medycznego jest znacznie dłuższy niż 28 minut. Wpływ na to ma przede wszystkim duże natężenie ruchu, a także trudności z parkowaniem, co w praktyce przekłada się na czas dojazdu zawierający się w przedziale od 30 do 60 minut. Z kolei w warunkach poza wielkomiejskich dojazdy zajmują również dużo więcej niż czas przyj ty w Raporcie. W tym przypadku czynnikiem determinującym Są większe odległości do pokonania (realne odległości to około 30-40km w każdą stron) oraz kategorie dróg, którymi porusza si personel (nie Są to pojazdy uprzywilejowane). e. Wątpliwości budzi także stawka za przejechany kilometr przyjęta do wyliczeń przez Agencję. W Raporcie mowa jest o wskaźniku kwotowym na poziomie 0,5214 za każdy kilometr, przy czym co istotne odnosi się ona jedynie do pojazdów o pojemności skokowej silników nie przekraczających 900cm3 . W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, ze w trakcie weryfikacji rodzajów używanych przez personel medyczny samochodów, nie potwierdziliśmy ani jednego przypadku pojemności skokowej silnika poniżej 900cm3. Agencja decydując się na wybór do analizy ustawowej stawki kilometrowej powinna użyć tej dla pojazdów o pojemności silnika powyżej 900 cm3, wynoszącej 0,8358 zł/km. Tym samym, stawka przyjęta do wyliczeń przez Agencję jest niewłaściwa, a w większości przypadków (uwzględniając obecne ceny paliw) nie pokrywa kosztów paliwa, nie mówiąc już o amortyzacji pojazdu. 1.2. Częstotliwość wizyt personelu. Agencja do przeprowadzenia analizy przyjęła założenie, iż personel medyczny odwiedza pacjenta w ilości minimalnej, którą zakłada świadczenie. Założenie to jest sprzeczne z warunkami realizacji świadczenia, które stanowią, iż wizyty personelu medycznego w domu świadczeniobiorcy powinny odbywać się ,,nie mniej niż'' określona liczba dni. Przykładowo dla świadczeniodawcy wymagającego stosowania inwazyjnej wentylacji mechanicznej porady lekarskie powinny odbywać się nie mniej niż 1 raz w tygodniu, a wizyty pielęgniarskie i osoby prowadzącej fizjoterapię nie mniej niż 2 razy w tygodniu. Dodatkowo analiza Agencji nie uwzględnia elementu świadczenia związanego ze stałą dostępnością personelu medycznego w systemie zmianowym alba dyżurowym pod telefonem. 2. Koszt infrastruktury (amortyzacja i koszty zarządu) 2.1. Sprzęt medyczny i amortyzacja. Kolejny element protestu związany jest z brakiem uwzględnienia w Raporcie Agencji kosztów infrastruktury i sprzętu medycznego. Nie bierze bowiem pod uwag kosztów utrzymania aparatury medycznej takich jak: obowiązkowe wymiany baterii zapewniających podtrzymanie zasilania w respiratorach w przypadku utraty zasilania zasadniczego, wymiany turbiny będącego elementem eksploatacyjnym i podlegającym wymianie po uzyskaniu określonego przez producenta maksymalnego czasu pracy, stosowania u pacjentów (adekwatnie do wskazań medycznych) suplementacji tlenem z użyciem koncentratora, jak również nie uwzględnia kosztów wykonywania obowiązkowych przeglądów okresowych (dotyczących ssaka, koncentratora i respiratora). Agencja nie bierze również pod uwag , ze nie wszyscy świadczeniodawcy (ze względu na rozmiar prowadzonej działalności) mają takie same warunki zakupu sprzętu - przede wszystkim ze względu na zamawiane ilości. Dodatkowo Agencja do przeprowadzenia analizy kosztów sprzętu nie uwzględniła wartości odtworzeniowej, przyjmując do wyliczeń także świadczeniodawców, którzy nie ponoszą kosztów związanych z amortyzacją sprzętu (wskazuje na to wartość minimalna kosztów amortyzacji w tabeli nr 13 Raportu). Taka sytuacja może mieć miejsce, w przypadku, gdy urządzenia są wynajmowane i ujęte winnych pozycjach księgowych, lub tez używany sprzęt został już w pełni zamortyzowany w księgach finansowych świadczeniodawców i jego użytkowanie nie stanowi kosztu. W rzeczywistości, zgodnie z przedstawionym przez Agencję opisem rynkowym świadczenia wentylacji mechanicznej, każdego roku przyjmowani Są nowi pacjenci, co wiąże się z koniecznością zapewnienia im nowego sprzętu. Sprzęt tez z czasem powinien być zastępowany nowocześniejszym. Dla zobrazowania różnic pomiędzy Raportem a faktycznymi kosztami, poniżej zamieszczam dane w ujęciu tabelarycznym, natomiast w załącznikach 31-36 do niniejszego pisma przekazuj faktury potwierdzające faktycznie ponoszone przez świadczeniodawców koszty. 2.2 Koszty Zarządu. Dokonując analizy kosztów zarządu Agencja odrzuciła zebrane dane, ograniczając je wyłącznie do wartości średniej dla podmiotów publicznych. Podejście to jest błędne i niezrozumiale, ponieważ podmioty publiczne stanowią 7% wszystkich świadczeniodawców wentylacji mechanicznej w warunkach domowych. Niższa wartość jest tez prawdopodobnie związana z większym zakresem realizowanych świadczeń przez publiczne placówki co pozwala na efektywniejszą dystrybucję tych kosztów i nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji pozostałych podmiotów.

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdział u, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			3. Podsumowanie. Powyższe zestawienie stanowi przykład elementów analizy dokonanej przez Agencję, w której dopatrzyliśmy się błędów mających istotny wpływ na ostateczny jej wynik. Samo poprawienie kalkulacji kosztów dojazdu poprzez urealnienie czasu i odległości dojazdu oraz przyjęcie prawidłowej stawki kilometrowej znacząco podnosi koszt realizacji świadczenia. 4. W przygotowanym Raporcie przez Agencję, do analizy statystycznej przyjęto pudełkowy model analizy, który eliminuje wartości skrajne bez względu na ich realny udział w świadczeniu. Punkty skrajne co do zasady nie muszą, a w przypadku świadczenia wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, nie Są wartościami jednostkowymi. W związku z powyższym , prowadzona w ten spos6b analiza zapewne spowodowała pominięcie punktów zawierających istotną liczbę pacjentów. 5. W finalnym projekcie taryfy Raport Agencji uwzględnia tylko koszty wynagrodzenia personelu (zaniżone w porównaniu do faktycznych), koszty sprzętu (nie wszystkie, jak również zaniżone w porównaniu do faktycznych). Nie bierze z kolei pod uwag pozostałych istotnych kosztów związanych ze świadczeniem, takich jak: a. Organizacja pracy; b. Rozliczanie umów z Płatnikiem; c. Koszty informatyzacji (obowiązek prawny); d. Zarządzanie pracą personelu medycznego; e. Dystrybucja sprzętu, produktów leczniczych; f. Zabezpieczanie się przed potencjalnymi ryzykami podmiotu leczniczego; g. Koszty obsługi prawnej ; h. Koszty audytów kontrolnych i certyfikacji prowadzone przez zewnętrzne jednostki certyfikujące; ż Obowiązkowe ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej; j. Koszty dodatkowych (interwencyjnych) wizyt lekarskich, pielęgniarskich, fizjoterapeutycznych; k. Koszty dodatkowej diagnostyki medycznej wykonywanej na rzecz pacjentów; l: Koincydencji; m. Nakłady inwestycyjne i odtworzeniowe; n. Materiały szkoleniowe/ edukacyjne dla pacjentów; o. Szkolenia personelu; p. Kredytowanie nieopłaconych przez Płatnika świadczeń; q. Ponoszenie kosztów ,,z góry" związanych z tzw. nadwykonaniami; r. Napraw i wymiany sprzętu. 6. Ponadto pragnę zwrócić uwag na fakt, iż w 2016 roku Agencja dokonała wyceny świadczenia, która to znacznie obniżyła wartość świadczenia. Biorąc pod uwagę, że w okresie ostatnich 5 lat nie wydarzyło się nic szczególnego, co miałoby realny wpływ na zmian wartości, proszę o wyjaśnienie, w jakim zakresie i z jaki ego powodu, wycena dokonana przed 5 laty była błędna? Tym bardziej, że dane Agencji dla personelu OPK wskazują na wzrost stawek o ponad 20% miedzy 2020 a 2022 rokiem. PODSUMOWANIE - Wyrażamy głęboką nadzieję na dojście do porozumienia podczas bezpośredniego spotkania. Raport zawiera wiele istotnych spostrzeżeń związanych z częstotliwością wizyt personelu medycznego czy monitorowaniu dobowego czasu wentylacji pacjentów. Nie możemy jednak zgodzić się na proponowany przez Agencję projekt taryfy. Obecne, realne koszty personelu medycznego, dojazdów do pacjentów, infrastruktury i sprzętu Są znacznie wyższe niż propozycja (co wykazujemy w piśmie oraz załączonych umowach i fakturach). W związku z istotną inflacją, wzrostem cen energii i paliw ceny sprzętu, infrastruktury, dojazdów Są coraz wyższe i nadal będą rosły. Podobnie ewoluują oczekiwania personelu medycznego. Większość współpracującego z nami personelu medycznego oczekuje wyższych stawek niż obecnie zakontraktowane (znacznie wyższe niż propozycja Agencji). Obawiamy się, że brak podwyżek obecnych stawek może powodować rezygnacje personelu medycznego z pracy w ramach opieki domowej. Jesteśmy przekonani, że proponowane przez Agencję obniżenie stawek personelu medycznego zniechęci do pracy w domu pacjenta zdecydowaną większość lekarzy, pielęgniarek czy fizjoterapeutów co uniemożliwi prowadzenie świadczenia w skali całego kraju.
22.	**Ryszard Rusnarczyk**		Dotarły do nas niepokojące wiadomości dotyczące zmian w świadczeniu ratującym życie – wentylacji mechanicznej. Z raportu WT.5403.24.2021 w sprawie ustalenia taryfy świadczeń wynika, że duża część środków na świadczenie gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zostanie w dużej części obcięta. Boimy się, że jeśli planowane zmiany wejdą w życie, ograniczą nam dostęp do tego świadczenia oraz znacząco obniżą jakość opieki. Już teraz sytuacja wielu pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej jest dramatyczna – oddziały pulmonologiczne są przepełnione, na dostęp do świadczenia czekamy w bardzo długich kolejkach, wielu z nas i naszych bliskich boi się, że jedyna nadzieja na pomoc nie zostanie nam udzielona na czas. Nie znajdujemy zrozumienia dla tak ogromnych cięć, które pozbawią nas szansy na życie. Wielu z nas tylko dzięki wentylacji mechanicznej jest w stanie oddychać. Niewydolność oddechowa jest chorobą, która stale postępuje, z dnia na dzień sprawiając, że coraz trudniej jest nam zaczerpnąć oddech. Jeśli świadczeniodawcy zaczną wycofywać się z udzielania nam tego świadczenia, wielu z pacjentów spędzi ostatnie miesiące lub lata

Lp.	Podmiot składający uwagi	Nr (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
			swojego życia z perspektywą nawracających i coraz dłuższych duszności, aż w końcu zaczerpnięcie oddechu przestanie być całkowicie możliwe. Zapewniam, że życie z taką perspektywą, z takim wyrokiem jest pełne strachu, lęku niepewności, jest po prostu straszne. Dlatego w imieniu swoim, jak i wszystkich pacjentów, którzy już dziś i w przyszłości będą potrzebować wentylacji oddechowej, prosimy – nie odbierajcie nam szansy na życie! Błagamy o ponowne pochylenie się nad tematem i rozważenie go z punktu widzenia pacjenta. Większość osób nie analizuje tak prozaicznej czynności jak oddychanie. My robimy to codziennie. Dlatego błagamy – nie odbierajcie nam oddechu!
23.	**Andrzej Mądrala**		W związku z przekazanym do zaopiniowania Raportem dotyczącym bardzo istotnych aspektów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, zwracam się z uprzejmą prośbą o spotkanie z Panem Prezesem, podczas którego chcielibyśmy przedstawić stanowisko. Organizacje branżowe oraz podmioty lecznicze będące członkami Pracodawców RP zgłosiły swoje uwagi do przedmiotowego dokumentu, natomiast w naszej ocenie Raport ten wymaga omówienia zainteresowanych stron. Tylko taka formuła konsultacji pozwoli na wypracowanie konsensusu wobec zaproponowanych rozwiązań. Tym bardziej że Raport ten powstał w oparciu o wybrane dane zebrane od wybranej grupy świadczeniodawców – tylko od podmiotów publicznych. W efekcie nie uwzględnia on realiów rynkowych, a zaproponowana nowa wycena świadczenia jest niższa od wyceny z 2016 r. Zatem w ocenie Pracodawców RP nie do przyjęcia jest zaproponowana wycena, szczególnie w sytuacji kiedy świadczeniodawcy zmagają się z dodatkowymi kosztami związanymi z cały czas trwającą pandemią, jak również ze znacznym wzrostem kosztów wynagrodzenia personelu medycznego oraz wzrostem inflacji. W związku z powyższym liczymy na zrozumienie i wyznaczenie terminu spotkania (oczywiście jesteśmy otwarci na spotkanie także w formie online). Biorąc pod uwagę naszą dotychczasową współpracę, będziemy wdzięczni za możliwość przedyskutowania zgłoszonych uwag.