BeLaMed S.A.
40-053 Katowice, ul. Barbary 21
tel. 32 258-27-90, fax 32 420-29-98
KRS 0000441338
NIP 634-281-37-03; Regon 243115255
ADRES DO KORESPONDENCJI:
-506 Chorzów, ul. Racławicka 20A

Uwagi do Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021 dot. świadczeń gwarantowanych obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

- **Rozdział 2.4, str. 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 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, str. 27, Tabela 8**

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.

- **Rozdział 3.2, str. 32 do 35 (koszty infrastruktury) Tabele 13, 14,15**

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
Koszty amortyzacji wraz z serwisem	14,46
Koszty zarządu	11,73
Pozostałe koszty	19,06
Koszt infrastruktury	**45,25**

- **Rozdział 3.2, str. 35 - 39 (koszty personelu medycznego) Tabele 16,17,18,19**

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.

- **Rozdział 3.2, str. 41 - 42, tabela 22 (parametry wizyty)**

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 cm^3, 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

Kategoria personelu	Czas wizyty	Czas dojazdu	Wynagrodzenie za godzinę	Koszty osobowe uwzględniające czas dojazdu	Odległość w km w obie strony	Stawka za 1 km	Koszt dojazdu	Koszt wizyty
Lekarz	60 min.	28 min.	190,19	278,95	25,5 km	0,8358	21,31	300,26
Pielęgniarka			67	98,27				119,58
Fizjoterapeuta			65,35	95,85				117,16

- **Rozdział 3.2, str. 42, tabela 23 (koszty wizyty)**

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.):

Skorygowana tabela 23

Część wizyty przypadająca na jeden osobodzień				Koszt		
Nazwa	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta
5.15.00.0000173	0,14286	0,28571	0,28571	42,89	34,17	33,47
5.15.00.0000232	0,07143	0,14286	0,28571	21,45	17,08	33,47
5.15.00.0000233	0,03288	0,03288	0*	9,87	3,93	0,00

**koszty fizjoterapeutów zostały wycenione tutaj na 0, ale w rzeczywistości są wyższe, gdyż część pacjentów w tej grupie wymaga rehabilitacji.*

- **Rozdział 3.2, str. 43, tabela 25 (koszt całkowity)**

Tabelę 25 oparto na nieprawidłowych danych obliczonych w poprzednich tabelach, dlatego należy ją zaktualizować o poprawione wartości przedstawione powyżej.

Skorygowana tabela 25

Produkt jednost.	Koszty stałe					Koszty zmiennie		Wyniki			
	Infrastruktura	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta	Personel razem	Leki/ wyroby	Procedury	Koszt ogółem	Koszt z mnożn. 2022*	Obecna wycena	Różnica Między skorygowaną wyceną a obecną
5.15.00.0000173	45,25	42,89	34,17	33,47	110,53	5,46	0,18	161,42	200,10	142,73	**+40,20%**
5.15.00.0000232	45,25	21,45	17,08	33,47	72,00	5,46	0,18	122,89	152,33	127,62	**+19,36%**
5.15.00.0000233	45,25	9,87	3,93	0,00	13,80	5,46	0,18	64,69	80,15	103,49	**-22,55%**

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%
- 5.15.00.0000232 - wycena powinna być zwiększona o 20% a nie obniżona jak w wyliczeniach AOTMIT o 32%
- 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.

- **Rozdział 3.4, str. 43, tabela 26 (projekt taryfy)**

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.

- **Rozdział 5, str. 46-49**

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.

BetaMed S.A.
Prezes Zarządu
Beata Drzazga

BetaMed S.A.
40-053 Katowice, ul. Barbary 21
tel. 32 258-27-90, fax 32 420-29-98
KRS 0000441338
NIP 634-281-37-03; Regon 243115255
ADRES DO KORESPONDENCJI:
41-506 Chorzów, ul. Racławicka 20A