Bydgoszcz, dnia 9 listopada 2021 r.

DOM SUE RYDER
w BYDGOSZCZY

AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI
2021 -11- 15
Sekretariat Główny
lp. z kontr.wpł. 7225
liczba zał. .....

AGENCJA OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH
2021 -11- 16
Nr rej. 828

PALW 2021 11 17064

Pan Prezes

Agencji Oceny Technologii

Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa

Dot.: Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021

Szanowny Panie Prezesie,

w imieniu Pallmed spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Bydgoszczy – świadczeniodawcy wykonującego świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (świadczenia wentylacji mechanicznej) – w związku z treścią Raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021, proszę o uwzględnienie zastrzeżeń złożonych w niniejszym piśmie i zmianę rekomendacji w zakresie zmiany taryfy.

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

Pallmed Sp. z o.o. z siedzibą w Bydgoszczy, zarejestrowana pod nr KRS 0000324894 w Sądzie Rejonowym w Bydgoszczy, ul W. Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz, NIP: 554 283 34 14, tel.+48 52 329 00 95, fax +48 52 506 51 51, www.domsueryder.org.pl, e-mail: sekretariat.administracja@domsueryder.org.pl, kapitał zakładowy 800 802,00 złote (wpłacony w całości), konto bankowe: 61 1500 1360 1213 6007 7058 0000

ISOQAR REGISTERED
UKAS MANAGEMENT SYSTEMS 0026

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 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.

Uzasadnienie

W dniu 2 listopada 2021 r. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Taryfikacji *(zwana dalej: „Agencją")* ukończyła Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.5403.24.2021 – Świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie *(zwany dalej: „Raportem")*.

Nie sposób zgodzić się z treścią ustaleń Agencji wskazanych w Raporcie, które skutkowały przedstawieniem propozycji znaczącego obniżenia taryf dla kodów produktów rozliczeniowych numer 5.15.00.0000173, 5.15.00.0000232 i 5.15.00.0000233.

Agencja zaproponowała znaczące obniżenie wagi punktowej oraz ceny, co implikować będzie istotne obniżenie wynagrodzenia za świadczenia wentylacji mechanicznej nieinwazyjnej. 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.

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 tzw. 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 anestezjologii wiedzą dokładnie która z nich w danym przypadku jest właściwa.

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 w wielu chorobach restrykcyjnych (np. dystrofiach mięśniowych), ale i poprawia jego jakość, przywraca godność ludzką. Niestety

zastosowanie wentylacji mechanicznej nie chroni jednak tych pacjentów przed postępem choroby i śmiercią. 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 niedostatek wiedzy i doświadczenia, nie kwalifikują pacjentów do świadczeń wentylacji mechanicznej w domu pacjenta. Rozwój tego świadczenia w naszym kraju będzie jednak skutkował poszerzeniem tej wiedzy w śród specjalistów, skutkując zwiększeniem liczby pacjentów i jakości kwalifikowanych do wentylacji mechanicznej w warunkach domowych, bez konieczności ich dalszej hospitalizacji. Nadmienić przy tym należy, iż obecnie w Polsce tylko 24 pacjentów jest wentylowanych mechanicznie na 100.000 mieszkańców, podczas gdy w Europie Zachodniej od 50 do 100 pacjentów wentylowanych mechanicznie na 100.000 mieszkańców. Należy nadmienić, że jeszcze w 2001 r. zaledwie kilkanaście czy kilkadziesiąt ciężko chorych pacjentów było leczonych przewlekle respiratorem (wentylowanych mechanicznie). Zatem wzrost jest nieunikniony w naszym kraju. Niestety postępujące zanieczyszczenie powietrza powoduje coraz większe zapotrzebowanie na to leczenie w niektórych regionach kraju. Pacjenci chorują na zapalne choroby dróg 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 respiratorowego, co w najbliższym czasie się zmieni i tym samym pod opieką będzie więcej pacjentów we wczesnej fazie choroby.

Dodatkowo podnieść należy, iż 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 POL VENT (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.

Podkreślić należy, iż 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 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.

Podnieść następnie należy, iż wszystkie świadczenia wentylacji mechanicznej są świadczeniami ratującymi życie gdyż nie ma innej alternatywy 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.

Podnieść następnie należy, iż 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.

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 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.

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 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.

Dla ukazania realnego przedziału stawek za wizytę lekarską, przesyłamy 2 umowy z lekarzami, z najwyższą i najniższą stawką za wizytę w ramach domowej wentylacji mechanicznej. Na uwagę zasługuje fakt, że przedmiotowe umowy zostały zawarte w roku 2015, a stawki oscylują w granicach 250 – 360 zł.

Dowód: *- umowa na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne 51/2016/ZDLR/L z dnia 30.11.2015 r. oraz umowa na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne 28/2016/ZDLR/L z 30.11.2015 r.*

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.

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.

Nie sposób również 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.

Powstaje również 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).*

Podkreślić przy tym należy, iż 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.

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 <u>znaczącego wzrostu kosztów paliwa (o około 25 %)</u>, 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 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.

W świetle powyższego, proszę o uwzględnienie wniesionych zastrzeżeń i zmianę proponowanej taryfy wynagrodzeń, z uwzględnieniem przedstawionych powyżej okoliczności, które nie tylko winny implikować nieobniżanie dotychczasowych stawek wynagrodzeń, ale wręcz ich podwyższenie. Uważamy, że sprawa dotyczy bardzo ciężko chorych, którzy wymagają naprawdę rzetelnego potraktowania wyceny świadczenia, które jest często jedyną alternatywą przed niestety nieuchronną śmiercią.

Z poważaniem

CZŁONEK ZARZĄDU
Andrzej Stachowiak

PALLMED sp. z o.o.
prowadząca
ZOZ DOM SUE RYDER
Roentgena 3, 85-796 Bydgoszcz,
tel. 329-00-95, fax (52) 506 51 51
NIP 554-283-34-14 REGON 340564498