Agencja Oceny
Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

NZOZ Medyk-Poznań sp zoo
Ulica Świt 47/49
60-375 Poznań

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, 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 fuzjoterapeuty. 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. 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, 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

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.

Tomasz Grottel
Członek Zarządu

10.11.2021

Tomasz Grottel

ulica Świt 47/49 Poznań 60-375 telefon: 61 861 63 84
NIP 779-248-08-92

MEDY

OŚWIADCZENIE O KONFLIKCIE INTERESÓW (OKI)

Imię i nazwisko osoby składającej OKI: **Tomasz Grottel**

Dotyczy wniosku/ów mającego/ych być przedmiotem obrad Rady do spraw Taryfikacji: Świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Czego dotyczy OKI:

Złożenie uwag do opublikowanego raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Numer raportu: WT.5403.24.2021

Tytuł raportu: Świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Oświadczam, że w stosunku do mnie mojego małżonka/mojej małżonki, mojego zstępnego lub wstępnego w linii prostej, osoby, z którą/osób, z którymi pozostaję we wspólnym pożyciu :

nie zachodzą okoliczności określone w art. 31sa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.),

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych w OKI których podstawa przetwarzania nie wynika z wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na AOTMiT w celu identyfikacji konfliktu interesów zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Data składania i podpis osoby składającej OKI : 10/11/2021

10.11.2021

Grottel Tomasz

ulica Świt 47/49 Poznań 60-375 telefon: 61 861 63 84
NIP 779-248-08-92

Formularz zgłaszania uwag do raportu

w sprawie ustalenia taryfy świadczeń [1]

Numer raportu: WT.5403.24.2021

Tytuł raportu: Świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Uwagi, oprócz przesłania droga elektroniczną, należy wraz z wypełnionym i własnoręcznie podpisanym Oświadczeniem o Konflikcie Interesów złożyć w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, ul. Przeskok 2, 00-032 Warszawa, bądź przesłać przesyłką kurierską lub pocztową na adres siedziby Agencji.

Uwagi można zgłaszać w terminie 7 dni od dnia opublikowania raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń w Biuletynie Informacji Publicznej (BIP). Uwagi dostarczone do siedziby AOTMiT po upływie tego terminu nie będą rozpatrywane.

UWAGA! Zgłoszone uwagi i oświadczenie dotyczące konfliktu interesów będą publikowane w BIP AOTMiT.[1]

OŚWIADCZENIE O KONFLIKCIE INTERESÓW[2] (OKI)

Imię i nazwisko osoby składającej OKI[3]: **Tomasz Grottel**

Dotyczy wniosku/ów mającego/ych być przedmiotem obrad Rady do spraw Taryfikacji: Świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Czego dotyczy OKI[4]:

[X] Złożenie uwag do opublikowanego raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Numer raportu: WT.5403.24.2021

Tytuł raportu: Świadczenia gwarantowane obejmujące zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

---

[1] zgodnie z art. 31lb ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz 1510 z późn. zm.)

[2] o której mowa w art. 31sa ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz 1510 z późn. zm.)

[3] Niniejsze dane podlegają ochronie, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L. z 2016 r. 119 1)

Oświadczam, że w stosunku do mnie mojego małżonka/mojej małżonki, mojego zstępnego lub wstępnego w linii prostej, osoby, z którą/osób, z którymi pozostaję we wspólnym pożyciu :

[X] **nie zachodzą** okoliczności określone w art. 31sa ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.),

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie danych osobowych zawartych w OKI których podstawa przetwarzania nie wynika z wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na AOTMiT w celu identyfikacji konfliktu interesów zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Data składania i podpis osoby składającej OKI : 10/11/2021

Tomasz Gach

[6] niepotrzebne skreślić

Uwagi do raportu w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

Numer* (rozdziału, tabeli, wykresu, strony)	Uwagi
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 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 (parametry wizyty)

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 pacjentów samochodem osobowym. Dla obecnie używanych samochodów, z silnikami o pojemności powyżej 900 cm^3, 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

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 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

Nazwa	Część wizyty przypadająca na jeden osobodzień			Koszt		
	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)

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

Produkt jednost.	Koszty stałe					Kosty zmiennie		Wyniki			
	Infrastruktura	Lekarz	Pielęgniarka	Fizjoterapeuta	Personel razem	Leki/ wyroby	Procedury	Koszt ogółem	Koszt z mnożn. 2022*	Obecna wycena	Różnica AOTMiT a NFZ
5.15.00.0000173	40,65	42,89	34,17	33,47	110,53	5,46	0,18	156,82	194,401	142,73	**36,20%**
5.15.00.0000232	40,65	21,45	17,08	33,47	72,00	5,46	0,18	118,29	146,639	127,62	**14,90%**
5.15.00.0000233	40,65	9,87	3,93	0,00	13,80	5,46	0,18	60,09	74,491	103,49	**-28,02%**

Rozdział 3.4, str. 43, tabela 26 (sugerowane stawki)

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 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%).

Kod produktu rozliczeniowego	Aktualna wycena		Średnia wartość NFZ w 2020 r. (PLN)	Koszty	Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny
	pkt	zł		zł	zł	pkt	
5.15.00.0000173	4,91	142,73	29,07	194,40	233,28	5,89	63%
5.15.00.0000232	4,39	127,62	29,07	146,64	175,97	5,27	38%
5.15.00.0000233	3,56	103,49	29,07	74,49	89,39	4,27	-14%

Rozdział 4, strona 44

Wnioski przedstawione w rozdziale 4 opierają się na nieprawidłowych obliczeniach, co wyjaśniono powyżej i dlatego powinny zostać zweryfikowane.

* Umożliwiający identyfikację fragmentu raportu, do którego odnoszą się wniesione uwagi; nie dotyczy w przypadku uwag ogólnych.

W przypadku zgłoszonych w uwagach zarzutów względem wysokości lub zasad ustalania taryfy, zwracamy się z prośbą o przedstawienie informacji, jaki według Państwa wiedzy jest rzeczywisty koszt realizacji danego świadczenia, wraz z kalkulacją.

Ewentualne dodatkowe pliki należy załączyć do wiadomości e-mail wygenerowanej dla przesłania formularza z uwagami.

Tomasz [illegible]

10.11.2021