Warszawa, 10 listopada 2021 roku

DOM Medica Sp. z o.o.
al. Jerozolimskie 134
02-305 Warszawa

AGENCJA OCENY
TECHNOLOGII MEDYCZNYCH
I TARYFIKACJI
2021 -11- 10
Sekretariat Główny
lp. z kontrwpl. 7134
liczba zał.

Szanowny Pan
Roman Topór-Mądry
Prezes Agencja Oceny
Technologii Medycznych i Taryfikacji
ul. Przeskok 2
00-032 Warszawa

PROTEST

W związku z opublikowaniem w dniu 2 listopada 2021 roku „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 weryfikację 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 szczególnie widoczne jest w jego reasumpcji zawierającej końcowe wnioski. Brak metodyki wyboru danych przejawia się 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 badań internetowych. Także przyjęta 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 uwagę 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 znaczącą 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 współpracujący personel medyczny, który wywiera na świadczeniodawcach presje płacowe. Dodatkowo nawet dane Agencji dla personelu OPK wskazują na wzrost stawek o ponad 20% miedzy 2020 a 2022 rokiem.
Dla zobrazowania skali różnic w zakresie stawek obowiązujących w relacjach z personelem medycznym prowadzącym leczenia pacjentów wentylowanych w domach pacjentów, poniżej zamieszczam tabelę 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.

PERSONEL MEDYCZNY	Cenniki komercyjne znalezione przez AOTMiT Tabela 8	Dane ujednolicone do roku 2022 (AOTMiT) na podstawie raportu świadczeniodawców Tabela 16	PROPOZYCJA AOTMiT Tabela 22	PROPOZYCJA AOTMiT vs cenniki komercyjne znalezione przez AOTMiT	PROPOZYCJA AOTMiT vs realne średnie koszty personelu	PROPOZYCJA AOTMiT vs Cenniki odnalezione przez AOTMiT
PIELĘGNIARKA	76	102,14	88,61	12,61	- 13,53	12,61
FIZJOTERAPEUTA	151	82,72	69,19	- 81,81	- 13,53	- 81,81
LEKARZ		236,74	159,20	-	77,54	159,20
PULMONOLOG	395	236,74	159,20	- 235,80	- 77,54	- 235,80
ANSATEZJOLOG	850	236,74	159,20	- 690,80	- 77,54	- 690,80
NEUROLOG	483	236,74	159,20	- 323,80	- 77,54	- 323,80

1.1. Koszt wizyty 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 się 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 przypadku dużych aglomeracji i powiatów o mniejszej liczbie mieszkańców. O 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. Wnioskuję, że Agencja zapewne dla swoich wyliczeń porównała miejsca zamieszkania pacjentów z lokalizacją najbliższego szpitala, nie zaś z miejscami zamieszkania personelu medycznego opiekującego się 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 przyjęty w Raporcie. W tym przypadku czynnikiem determinującym są większe odległości do pokonania (realne odległości to około 30-40km w każdą stronę) oraz kategorie dróg, którymi porusza się 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, że 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 albo 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 uwagę 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 uwagę, że 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 w innych pozycjach księgowych, lub też 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 też 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 przekazuję faktury potwierdzające faktycznie ponoszone przez świadczeniodawców koszty.

KOSZTY SPRZĘTU	OSOBODZIEŃ WG AOTMiT	MIESIĄC wg AOTMiT	ROK wg AOTMiT	5 LAT wg AOTMiT - BRAK AWARII	REALNY KOSZT (koszty świadczeniodawcy, preferencyjne ceny)
RESPIRATOR	8,26	247,80	2 973,60	14 868	12 000
SERWIS RESPIRATORA	-	-	-	-	4 807
AKUMULATOR	0,79	23,70	284,40	1 422	-
BATERIA	1,11	33,30	399,60	1 998	2 922
NAWILŻACZ	0,59	17,70	212,40	1 062	852
PULSOKSYMETR	0,95	28,50	342,00	1 710	190
SSAK	0,70	21,00	252,00	1 260	2 052
AMBU	0,10	3,00	36,00	180	58
MASKA	-	-	-	-	4 807
KONCENTRATOR TLENU	-	-	-	-	3 000
				22 500	30 688
			ROCZNY	4 500,00	6 137,65
			MIESIECZNY	375,00	511,47
			OSOBODZIEŃ	12,50	17,05

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 niezrozumiałe, ponieważ podmioty publiczne stanowią 7% wszystkich świadczeniodawców wentylacji mechanicznej w warunkach domowych. Niższa wartość jest też prawdopodobnie związana z większym zakresem realizowanych świadczeń przez publiczne placówki co pozwala na efektywniejszą dystrybucję tych kosztów i nie odzwierciedla rzeczywistej sytuacji pozostałych podmiotów.

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 sposób 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 uwagę 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;
    i. 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 uwagę na fakt, że 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 zmianę wartości, proszę o wyjaśnienie, w jakim zakresie i z jakiego 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.

DOM Medical Sp. z o.o.
PREZES ZARZĄDU

Maciej Chmielowski