

Załącznik nr 1

STANOWISKA Nr 1 /2022/VIII NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

z dnia 28 stycznia 2022 r.

Uwagi i zastrzeżenia

do opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dn. 30 listopada 2021 r. „Chirurgia stomatologiczna i periodontologia – wycena pakietów świadczeń”, nr opracowania WT 5403.33.2021.

Poniżej zawarte są wstępne uwagi i zastrzeżenia. Ich opracowanie podyktowane było koniecznością pilnego zwrócenia uwagi na poważne niedociągnięcia otrzymanego w dniu 21 stycznia 2022 r. ww. opracowania, jak również zasygnalizowania tych zastrzeżeń Ministrowi Zdrowia i Narodowemu Funduszowi Zdrowia, który na podstawie tego opracowania przygotowuje końcowe propozycje. Naczelna Rada Lekarska zastrzega sobie prawo do przedstawienia uzupełniających opinii i uwag, w miarę dalszych analiz ww. opracowania.

Pozytywnie należy ocenić powiększenie finalnie pozyskanych danych o mnożnik zmian wielkości kosztów wynoszący 13.15%, jako uaktualnienie do poziomu kosztów w roku 2022. Realny wzrost kosztów w gabinetach zabiegowych był jednak wyższy niż 13%.

Zdaniem Naczelnej Rady Lekarskiej, pomimo starannego opracowania pozyskanych danych w aspekcie liczbowym oraz graficznym **nie zgadza się z końcową konkluzją opracowania, którą stanowi tabela z propozycją ostatecznej wyceny.** Sprzeciw ten podyktowany jest następującymi argumentami.

1. Analiza kosztowa-warianty

Zastrzeżenia budzi sformułowanie dwóch z trzech wariantów analizy: wariantu optymalnego i wariantu minimum.

1.1 Wariant minimum nie może być w ogóle rozpatrywany. Jeśli wierzyć zapisom na str.49 polegałby on na usuwaniu złogów nazębnych przez asystentkę. Asystentka nie ma uprawnień do udzielania jakichkolwiek świadczeń, nawet pod nadzorem lekarza dentysty. Uprawnienia do usuwania złogów ma higienistka stomatologiczna, jednak pod nadzorem lekarza dentysty.

1.2 Nazwanie wariantu polegającego na skróceniu czasu trwania procedur o stałą wartość „optymalnym” jest nadużyciem semantycznym. Opracowanie nie wyjaśnia, na czym polega „optymalność” tego rozwiązania. Odliczony czas oczekiwania na znieczulenie w żadnym razie nie może być traktowany jako czas, w którym lekarz nie pracuje, a pacjent nie jest objęty opieką. Po podaniu znieczulenia pacjent musi być pod stałą obserwacją, musi być badana jego reakcja na znieczulenie, w tym okresie bardzo często występują zaburzenia związane ze stresem, nierzadko wymagana jest zmiana pozycji ciała pacjenta. Poza wszystkim, lekarz nie może opuścić gabinetu, czas ten nie jest jego czasem wolnym. Najczęściej tłumaczy pacjentowi dalsze leczenie lub dopełnia formalności związane z dokumentacją medyczną.

1.3 Opisane w pkt 2.2 skrócenie czasu trwania zabiegu polega na odjęciu całkowitego czasu znieczulenia, co mogłoby prowadzić do wniosku, że stosowane w stomatologii preparaty działają natychmiast, co jest oczywistą nieprawdą. Poczynione wnioski są tym bardziej niezrozumiałe, że oparte zostały o opinię „przedstawicieli środowiska nie reprezentującego NIL”, według których „część pakietów świadczeń nie wymaga stuprocentowego zaangażowania asystentki oraz czas pakietów może być skrócony o czas oczekiwania na działanie znieczulenia gdyż powszechnie stosowane produkty lecznicze zawierają adrenalinę niewymagającą takiego czekania”. (zob. str. 15)

Opinia ta wprowadza w błąd. Dodawanie środków obkurczających do leków znieczulających ma na celu głównie wydłużenie działania anestetyków, a nie przyspieszenie ich działania. Czas, w jakim rozpoczyna się pełne działanie znieczulające może nieznacznie różnić się w przypadku znieczuleń nasiękowych i przewodowych, może być uwarunkowany osobniczo, ale z pewnością nie można go zredukować tylko z powodu zawartości środków obkurczających naczyń (nie wszystkim pacjentom można zresztą znieczulenie z takimi środkami podać). Prowadzi to do wniosku, że samo założenie wariantu „optymalnego” jest wadliwe i niezajdujące oparcia w wiedzy medycznej. ¹

1.4 Odnosząc się do „zbędnego zaangażowania asystentki” zapytać należy:

- 1) czy zdaniem przywołanych ekspertów asystentka nie jest obecna wówczas w gabinecie ?
- 2) z jakich składowych ma powstać realny koszt, jakim jest dla świadczeniodawcy zatrudnienie asystentki, skoro miałyby być on liczony tylko i wyłącznie z minut, którym potrafimy przypisać konkretne działanie asystentki? (przykład: poradnia wykonuje dziennie średnio 10 25- minutowych zabiegów. Z każdego -wg propozycji zawartej w opracowaniu- asystentce „zaliczone będzie” jedynie 5 minut. Daje to 50 minut efektywnej pracy dziennie. Zarobek asystentki musiałby wynosić 27 zł/dzień , czyli ok 600zł/miesiąc.) Sama sugestia wynagrodzenia asysty zabiegu chirurgicznego na poziomie 2-3 zł po prostu nie przystoi.

Zadania asystentki: twierdzenie o „zbędnym zaangażowaniu asystentki podczas zabiegu” jest pozbawione podstaw. Do zadań asystentki (jak sama nazwa wskazuje) należy asystowanie przy zabiegu. Polega to często na obsłudze ssaka, odchyłaniu warg czy policzka, podawaniu żądanych przez lekarza kolejnych narzędzi (lekarz wyjmując kolejne narzędzie z szuflady musiałby zmienić rękawiczki). W tym czasie poradnia musi przyjmować zgłoszenia pacjentów, ktoś musi czuwać nad ruchem pacjentów w poczekalni.

¹ Patrz chociażby: J.Smerek *„Leki znieczulające miejscowo stosowane w stomatologii”*. Forum Stomatologii Praktycznej nr 38 „Czynnikami, które w największym stopniu warunkują czas rozpoczęcia działania leku miejscowo znieczulającego, są pH tkan ki oraz pKa leku. W praktyce pKa prawie wszystkich amidów jest zbliżone, za wyjątkiem bupiwakainy, która dzięki wyższemu pKa charakteryzuje się klinicznie istotnie dłuższym czasem początku działania. Czas działania leku miejscowo znieczulającego zależy od czasu kontaktu tego leku z nerwem, przez co tak istotny wpływ ma dodatek leków obkurczających naczyń krwionośne, który może o 50–100% wydłużyć czas działania leków miejscowo znieczulających.”

Na marginesie tych uwag pozostaje wyrazić ubolewanie, że ekspertom Naczelnej Izby Lekarskiej opinia ta nie została w trakcie prac udostępniona, co pozbawiło naszych ekspertów możliwości sprostowania zawartych w tych opiniach tez i w sposób zdecydowany wpłynęło na wadliwość wniosków końcowych. Znaczna część czasu spędzonego na konsultacjach została przez to wykorzystana nieefektywnie.

2. Analiza kosztowa – koszty infrastruktury i pozostałych pozycji kosztowych

2.1. Niezrozumiałe jest odniesienie kosztów infrastruktury do godzin pracy gabinetów. Zgodnie z ustaleniami poczynionymi podczas prac przygotowawczych do badania ankietowego praktyk (w pracach tych uczestniczyli eksperci NIL), koszt infrastruktury miał być odniesiony do pojedynczego świadczenia. Przemawia za tym również oficjalnie publikowana na stronach Agencji Metodyka taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej w AOTMiT.pdf metodologia wyceny, gdzie na stronie 12 podany jest następujący wzór:

6. Kalkulacja kosztów stałych dla świadczeń innych niż stacjonarne.

Koszt stały liczony jest na podstawie poniższego wzoru:

$$K_{OPK} = \bar{k}_{L_{OPK}} \times \bar{w}_{L_{OPK}} + \bar{k}_{P_{OPK}} \times \bar{w}_{P_{OPK}} + \bar{k}_{PP_{OPK}} \times \bar{w}_{PP_{OPK}} + \bar{k}_{O_{OPK}}$$

gdzie:

$\bar{k}_{L_{OPK}}$ – średni koszt wynagrodzenia lekarza w przeliczeniu na godzinę dla danego OPK

$\bar{w}_{L_{OPK}}$ – średni czas pracy lekarza przypadający na jedno świadczenie dla danego OPK

$\bar{k}_{P_{OPK}}$ – średni koszt wynagrodzenia pielęgniarki w przeliczeniu na godzinę dla danego OPK

$\bar{w}_{P_{OPK}}$ – średni czas pracy pielęgniarki przypadający na jedno świadczenie dla danego OPK

$\bar{k}_{PP_{OPK}}$ – średni koszt wynagrodzenia pozostałego personelu medycznego w przeliczeniu na godzinę dla danego OPK

$\bar{w}_{PP_{OPK}}$ – średni czas pracy pozostałego personelu medycznego przypadający na jedno świadczenie dla danego OPK

$\bar{k}_{O_{OPK}}$ – średni koszt infrastruktury przypadający na jedno świadczenie dla danego OPK

gdzie wartość K_o opk tłumaczona jest jako *średni koszt infrastruktury przypadający na jedno świadczenie dla danego OPK*.

2.2 Zasadnicze zastrzeżenia należy również zgłosić do opisanego na str. 33 sposobu oszacowania stawki godzinowej zajęcia infrastruktury – wariant MAX (stałe koszty funkcjonowania w przeliczeniu na teoretyczne godziny pracy ośrodka rozumiany jako 12 h na dzień na fotel). Należy zwrócić uwagę, że **w końcowych wnioskach właśnie ten sposób oszacowania stawki godzinowej zajęcia infrastruktury przyjęto jako podstawę końcowego wniosku o poziomie wyceny**. Zawarta na stronie 63 końcowa konkluzja opracowania, czyli propozycja wyceny zawiera bardzo lakoniczne, ale istotne z punktu widzenia dalszych skutków, założenie:

„Na podstawie przeprowadzonych analiz proponuje się przyjęcie wariantu minimalnego, oszacowanego w oparciu o maksymalną liczbę godzin pracy ośrodka powstawania kosztów, z uwagi na założenia najbardziej efektywnego wykorzystania zasobów”.

Przyjęcie takiego rozwiązania sugeruje, że każdy gabinet współpracujący z Narodowym Funduszem Zdrowia powinien pracować 12 godzin. Należy to potraktować

jako niezwiązana z przedmiotem badania analizę ekonomiczną opłacalności biznesu stomatologicznego, w żadnym razie niezobowiązującą lekarzy, którym choćby z przepisów Konstytucji RP przysługuje prawo do wypoczynku. Wycena bowiem nie może odbiegać od warunków rynkowych i nie może narzucać modelu biznesowego podmiotom działającym na tym rynku, gdyż taka a nie inna struktura rynkowa (dominacja indywidualnych praktyk) jest zjawiskiem obiektywnym, którego nie sposób nagle zmienić.

Takie zdefiniowanie podstawowego założenia znalazło swoje odzwierciedlenie w wyliczeniach. Zatem przy tak zdefiniowanym założeniu nie może dziwić fakt, że wariant optymalny i minimalny stanowią połowę wartości wariantu maksymalnego. Tak znacząca różnica pomiędzy dwoma wariantami winna zostać przeanalizowana pod kątem możliwości popełnienia błędu metodologicznego (który *de facto* z przyczyn wskazanych wyżej został popełniony poprzez skrócenie czasu procedur).

2.3 Koszty godzinowe pracy lekarza. Na str. 38, w tabeli 21 zawarto wyliczenie kosztów pracy lekarza dla badanych procedur, w wariacie maksymalnym, optymalnym i minimalnym. Zgodnie z deklarowaną metodologią warianty: optymalny i minimalny różniły się od maksymalnego jedynie przyjętym do obliczeń czasem trwania zabiegu. Tymczasem z tabeli 21 wynika, że dla wariantu maksymalnego przyjęto stawkę godzinową pracy lekarza na poziomie 77-79 zł, a dla wariantów optymalnego i minimalnego o ok 10 zł niższą (68 zł).

2.4 Koszty wyrobów medycznych. W tabeli 2325 na str. 43 przyjęto wartości całkowicie odbiegające od wyliczeń zawartych w tabeli 1314 na str. 27 Koszty wyrobów medycznych wchodzących w skład poszczególnych zestawów. Koszty wskazane w tabeli 1314 są wyliczone na poziomie realnym zaś przyjęte w tabeli 2325 całkowicie odbiegają od wyliczeń. Koszt procedury szycia jest przyjęty 5,07 zł podczas gdy w tabeli 1314 kształtuje się na poziomie 32,31 zł.

3. Ocena skutków finansowych płatnika świadczeń

3.1 Zaprojektowane pakiety, oparte na jednym z dotychczas funkcjonujących procedur głównych w różnym stopniu (zależnym od częstości wykonywania) będą miały istotny wpływ zarówno na rentowności kontraktów, jak i na budżet płatnika. Analizując propozycje wyceny najczęściej udzielanych świadczeń (pakietów świadczeń) chirurgicznych zauważyć można, że ich wycena nie różni się od sumy obecnych wycen świadczeń składających się na pakiet.

3.2 Zawarta na str. 64 tabela obrazująca skutek finansowy wprowadzenia zaproponowanych pakietów jest nieczytelna. Nieobjaśnione są pojęcia stanowiące nagłówki tabeli. Trudno stwierdzić dlaczego np. wzrost finansowania w wariacie optymalnym przy maksymalnym 12-godzinnym wykorzystaniu infrastruktury szacowany jest na 40%, podczas gdy ta sama wartość dla pakietu minimalnego wynosi 24%. Oba pakiety pod względem kosztów ujętych w tabelach na stronach 38 i 40,43 i 46, przy tym samym stopniu wykorzystania infrastruktury nie różnią się niczym. Tabela ta zapewne opiera się o założenia podane na str.9. Tam jednak podane dane budzą poważne zastrzeżenia. Poważnym błędem jest przypisanie nielicznym (20-25 w skali kraju) podmiotom realizującym świadczenia w znieczuleniu ogólnym 72 procentowy udział w świadczeniach stomatologicznych (rzekomo wykonano tam aż 10 mln świadczeń). Niezgodna też z oficjalnymi sprawozdaniami NFZ jest podana na str.9 proporcja 618 mln

zł jako 44% wartości świadczeń w roku 2020. Wartość świadczeń musiałaby wynosić 1 mld 287 mln zł, gdy tymczasem oficjalne sprawozdania podają kwotę 1 mld 630 mln zł.

4. Konkluzja: Naczelna Rada Lekarska nie może zgodzić się z tak sporządzonym opracowaniem wyników badania kosztów świadczeń stomatologicznych. NRL zmuszona jest zdystansować się od sposobu analizy danych, jakiego użyto w przedmiotowym opracowaniu. Tym bardziej, że w licznej korespondencji służbowej i informacjach prasowych badanie to przedstawiane jest jako „wykonywane we współpracy z NRL”.

Widać wyraźnie że odmienne przyjęte założenia (choćby wariant zajęcia infrastruktury wg przeliczenia na etaty) dałyby zupełnie inny wynik. Za przyjęciem z kolei wariantu maksymalnego (lub pośredniego pomiędzy maksymalnym a wynikającym z etatów przeliczeniowych) przemawia porównanie z cennikami komercyjnymi, co też jest przedmiotem analizy i uprawnionym środkiem szacowania kosztów.

4.1 Status opracowania AOTMiT. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r., poz. 320) w §15 załącznika do rozporządzenia wyróżnia tylko dwie formy wyceny świadczeń:

- 1) określoną zgodnie z przepisami ustawy taryfę, oraz
- 2) tabelę wartości jednostek ustalonych przez Prezesa NFZ.

W związku z tym, że prace AOTMiT nie toczyły się w trybie taryfikacji świadczeń, określonym w Rozdziale 1aa ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ocenie Naczelnej Rady Lekarskiej mamy cały czas do czynienia ustalaniem wyceny świadczeń w oparciu o korektę tabeli Prezesa NFZ. Opracowanie AOTMiT nie jest więc obligatoryjne dla NFZ, stanowi rodzaj opinii zamówionej przez NFZ za pośrednictwem Ministra Zdrowia.