Strona znajduje się w archiwum.

NIK o kontraktach NFZ

Kontraktowania usług w lecznictwie szpitalnym i specjalistycznym jest mało przejrzyste, a procedury stosowane przez NFZ, nie zawsze zapewniają wybór najlepszych świadczeniodawców, którzy gwarantowaliby pacjentom odpowiednią jakość i dostępność usług. Tym samym Fundusz nie zawsze w najlepszy sposób gospodaruje publicznymi pieniędzmi, pochodzącymi ze składek zdrowotnych obywateli.

Zgodnie z założeniami kluczowe znaczenie w procedurze kontraktowania świadczeń zdrowotnych miały mieć dwa etapy: rankingowy i negocjacyjny - dzięki nim pacjent miał otrzymywać możliwie najlepsze świadczenie za możliwie najniższą cenę. Kontrola NIK wykazała jednak, że w przypadku lecznictwa szpitalnego oraz lecznictwa specjalistycznego tryb kontraktowania jest obarczony wieloma wadami.

W publicznym lecznictwie szpitalnym, sens kontraktowania wypacza to, że przyznawana na ostatnim etapie procedury cena za punkt rozliczeniowy (miara służąca do rozliczenia oferowanego świadczenia) jest stała i tak naprawdę nienegocjowalna, bez względu na jakość oferty przedstawionej na wcześniejszych etapach postępowania. W efekcie praktycznie wszystkie szpitale publiczne, które

zgłosiły oferty, podpisują umowy, a etapy wcześniejsze, np. ranking placówek uwzględniający jakość oferowanych świadczeń, nie mają większego znaczenia.

Z kolei w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ranking jakościowy (sam w sobie niedoskonały, bo oparty na jakości deklarowanej w ofercie, nie zawsze zgodnej z rzeczywistą jakością placówek), jest przekreślany i kwestionowany na etapie negocjacji, w którym jedynym liczącym się kryterium są ceny procedur, zaproponowane przez świadczeniodawców. Na ich podstawie komisje negocjacyjne ustalają zupełnie nowy ranking i według własnych, zmiennych reguł (często przekazanych przez przełożonego ustnie) arbitralnie przydzielają kontrakty, narzucając warunki i ostateczne ceny. Odmowa podpisania propozycji Funduszu przez świadczeniodawcę jest równoznaczna z rezygnacją z kontraktu. Zdaniem NIK trudno ten sposób postępowania określić mianem negocjacji.

Kumulacja postępowań prowadzonych w ostatnim kwartale roku i konieczność podpisania w ograniczonym, krótkim czasie tysięcy umów ze świadczeniodawcami, powoduje wiele nieprawidłowości, zarówno na etapie oceny ofert, jak i negocjacji, skutkujących niejednokrotnie zawarciem kontraktu z podmiotami, które nie gwarantują odpowiednich warunków realizacji świadczeń.

Najważniejsze niedoskonałości systemu kontraktowania:

Etap ofertowy

- efekt oczekiwany: utworzenie jakościowego rankingu szpitali, placówek, przychodni, najlepiej spełniających wszystkie wymagane przez NFZ kryteria niecenowe: jakość i dostępność usług, kompleksowość, ciągłość itp.
- efekt uzyskiwany: niemiarodajny ranking „papierowych” ofert zamiast rankingu placówek, utworzony w oparciu o niezweryfikowane, czasem nieprawdziwe, często niepełne deklaracje świadczeniodawców

Przyczyny rozbieżności pomiędzy efektem oczekiwanym a uzyskiwanym:

- kumulacja postępowań, czyli konieczność rozstrzygnięcia wielu (tysięcy) postępowań w bardzo krótkim, ograniczonym czasie i, jak pokazuje kontrola, źle zaplanowany przez wojewódzkie oddziały NFZ terminarz konkursów sprawia, że członkowie komisji konkursowych muszą weryfikować setki ofert oraz przeprowadzać oględziny u setek świadczeniodawców w bardzo krótkim czasie; w skrajnych przypadkach na jednego pracownika zespołu oceniającego przypadało do weryfikacji ponad 100 ofert (kilkadziesiąt stron każda).
- W wielu wypadkach kumulacje powodowały odstępowanie przez dyrektorów wojewódzkich NFZ od części procedury: np. od sprawdzenia kwalifikacji, harmonogramu pracy i liczby zatrudnionego personelu lub od obligatoryjnej

osobistej weryfikacji prawdziwości złożonej oferty (np. łódzki NFZ decyzję o takim odstąpieniu podał nawet do publicznej wiadomości, równocześnie z ogłoszeniem konkursu, gdy nie znano jeszcze nawet liczby placówek, podlegających obowiązkowej kontroli - dzięki temu oferenci wiedzieli, że podane przez nich dane praktycznie nie zostaną zweryfikowane), choć ustawa odstąpienie od weryfikacji przewiduje tylko w szczególnych sytuacjach;

- system informatyczny, który miał usprawnić kontraktowanie był niefunkcjonalny zarówno wewnętrznie - system nie sprawdza zgodności danych pomiędzy różnymi częściami oferty (dot. np. wykazów sprzętu, personelu, harmonogramów pracy), jak i zewnętrznie - niekompatybilny z innymi rejestrami medycznymi (np. lekarzy, pielęgniarek). Tym samym system informatyczny nie pozwala na sprawdzenie prawdziwości deklarowanych zapisów, np. prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, realności godzin przyjęć.
- W efekcie komisje konkursowe zmuszone były do ręcznej analizy ofert, która stwarzała ryzyko dopuszczenia ofert niepełnych, czy wręcz zawierających nieprawdziwe dane (kontrolerzy wskazali np. przypadki udanego zatajenia i ponownego udziału w kontraktowaniu przez świadczeniodawców, pomimo kar nałożonych wcześniej przez NFZ).

Brak rzetelnej weryfikacji i odstąpienie od wizytacji u świadczeniodawców sprawiły, że podpisywano kontrakty z placówkami, które nie spełniały wymagań. Przyjęto m.in. oferty, w których:

1. świadczeniodawca deklarował przewożenie całości wymaganego sprzętu i aparatury medycznej między dwoma poradniami zlokalizowanymi w miejscowościach odległych od siebie o ponad 26 km (Małopolski OW NFZ),
2. wykazywano tego samego lekarza specjalistę pracującego po 10 godzin przez 5 dni w tygodniu w dwóch miejscach, oddalonych od siebie o 10 km, nie uwzględniając w grafiku przyjęć czasu na przejazd z jednej poradni do drugiej (Łódzki OW NFZ),
3. dwaj różni oferenci wykazali ten sam sprzęt i aparaturę medyczną (Łódzki OW NFZ).

Etap negocjacji

- efekt oczekiwany: wybór świadczeniodawców, którzy przedstawili najkorzystniejszą dla pacjenta, rzetelną ofertę i podpisanie z NFZ - wynegocjowanej w wyniku dyskusji oraz dwustronnych uzgodnień kosztów -

umowy na świadczenie usług medycznych;

- efekt uzyskiwany: wybór świadczeniodawców obarczony jest błędem: nie zawsze jest to wybór oferty najlepszej dla pacjenta, zdarza się, że kontrakty otrzymują placówki, które w rzeczywistości nie spełniają wymagań lub przedstawiają nieprawdziwe dane w ofercie, kontrakty podpisywane są na zasadzie narzucenia warunków a nie rzetelnych negocjacji: w przypadku publicznego lecznictwa szpitalnego szpitalom publicznym NFZ oferuje stałą cenę za punkt, bez względu na jakość przedstawianej oferty (propozycja NFZ staje się ceną „wynegocjowaną"); w przypadku lecznictwa specjalistycznego negocjacje odbywają się według niejasnych, nieprzejrzystych, w wielu wypadkach *ad hoc* sformułowanych reguł i polegają na przedstawieniu świadczeniodawcy jednej, niepodlegającej negocjacjom oferty przygotowanej przez NFZ.

Przyczyny rozbieżności pomiędzy efektem oczekiwanym a uzyskiwanym:

- wycena świadczeń: NFZ nie negocjuje cen za świadczenia, ale przedstawia gotowe oferty do akceptacji: w publicznym lecznictwie szpitalnym jest to stała cena za punkt (różny jest natomiast zakres kontraktu). Ceny proponowane przez Fundusz nie odpowiadają rzeczywistym kosztom ponoszonym przez świadczeniodawców. Podobnie jest w leczeniu specjalistycznym. NFZ nie monitoruje rynku usług medycznych i nie dysponuje realnymi wycenami procedur medycznych w poszczególnych regionach kraju. Kontrola u wybranych świadczeniodawców wykazała, że nie zachodziła zależność między ceną kontraktową, a rzeczywistymi kosztami udzielania danego świadczenia.
  Zdaniem większości świadczeniodawców (61,5%) cena ustalana na etapie negocjacji z NFZ znajduje się na granicy opłacalności lub nawet poniżej. Ponad 30% świadczeniodawców uznało, że wartość kontraktów pokrywa poniesione koszty świadczeń jedynie przy zastosowaniu całościowego rozliczania umów, gdzie tańsze w rzeczywistości procedury - drożej wycenione przez NFZ - finansują procedury niedoszacowane. Jest to szczególnie widoczne na przykładzie szpitali, które udzielają świadczeń w kilku a nawet kilkunastu zakresach: wówczas kluczowym czynnikiem, decydującym o rentowności tych jednostek jest zbiorcza wartość wszystkich zawartych umów.

Niektóre procedury z listy podstawowej (…) w dominującej liczbie przypadków są z punktu widzenia kierownika jednostki „nieopłacalne". Pojedyncza procedura z tej listy wyceniona jest na 3,5 pkt, czyli na tyle samo, na ile wycenione jest przyjęcie pacjenta przez lekarza w ramach wizyty lekarskiej. Nie uwzględnia się przy tym np. że procedury wymagają użycia sprzętu i jego przygotowania (np. sterylizacji), że

szereg z nich to badania bardzo drogie (np. związane z oznaczaniem hormonów) lub trudno dostępne (np. badania wirusowe) albo - przeciwnie - badania będące podstawowymi dla lekarzy specjalistów konkretnych specjalności (np. badanie dna oka), które w ogóle nie powinny być wyszczególnione na ww. liście. (…) z punktu widzenia lekarza/kierownika jednostki, aby leczenie pacjenta było opłacalne, konieczne jest rozkładanie badań diagnostycznych w czasie (tj. na kilka wizyt), co z kolei powoduje wydłużanie kolejek oczekujących na świadczenia. W konsekwencji (…) lekarze nie wykonują niektórych badań lub wykonują je wyłącznie pod presją ciążącej na nich odpowiedzialności karnej.(świadczeniodawca z terenu działania Wielkopolskiego OW NFZ)

Świadczeniodawcy wielokrotnie zwracali uwagę Prezesa NFZ na konieczność urealnienia cen proponowanych przez Fundusz, trzeba jednak przyznać, że ich wnioski nie zawierały rozliczeń rzeczywistych kosztów wykonywanych procedur, i tylko trzech z 26 skontrolowanych świadczeniodawców potrafiło takie kwoty podać;

- czas: z powodu złego rozplanowania procesu kontraktowania w czasie i spowodowanej tym kumulacji ofert większość skontrolowanych oddziałów NFZ podpisuje umowy „w ostatniej chwili”, próbując pod presją czasu uniknąć syndromu kolejek do lekarzy na początku nowego roku. W czasie tak rozumianych negocjacji świadczeniodawcy mają często kilka lub kilkanaście minut na decyzję o podpisaniu bądź odrzuceniu oferty. Stwierdzone w trakcie kontroli warunki prowadzenia negocjacji wskazują, że niekiedy miały one charakter propozycji NFZ bez możliwości ich przedyskutowania, czy też zmiany, np. w Świętokrzyskim OW NFZ odbywały się one nawet co kilka minut i polegały na wyrażeniu zgody lub odmowy przyjęcia propozycji NFZ; w Małopolsce komisje konkursowe w okresie 2-3 tygodni przeprowadziły negocjacje dotyczące ponad pięciu tysięcy ofert, niejednokrotnie w godzinach nocnych.

W trakcie negocjacji Oddział nie przedstawił świadczeniodawcy zasad kalkulacji propozycji NFZ przedstawionych do negocjacji. Spotkanie miało charakter „jednostronny”, tj. albo świadczeniodawca akceptował propozycje Funduszu albo nie i wtedy nie podpisywano kontraktu. Świadczeniodawca zgodził się na obniżenie kontraktu (obniżenie liczby punktów rozliczeniowych z 36 000 do 12 000) ze względu na fakt, że poczynił znaczne inwestycje w celu uzyskania kontraktu i mimo obniżonej liczby jednostek rozliczeniowych zależało mu na jego uzyskaniu. (świadczeniodawca z terenu działania Wielkopolskiego OW NFZ)

- dokumentacja: dokumentowanie prowadzenia negocjacji w sposób, który nie pozwala na odtworzenie ich przebiegu

Pozostałe nieprawidłowości

Kontrola NIK wykazała przypadki podniesienia przez Fundusz, z własnej inicjatywy, liczby zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych, ceny za punkt rozliczeniowy czy też jednostronnego zmniejszenia przez świadczeniodawcę liczby wykonywanych świadczeń, zmiany obsady personelu i godzin przyjmowania już po kilku miesiącach od zawarcia kontraktu. Podniesienie ceny świadczeń oznaczało często powrót do ceny proponowanej w ofercie lub nawet cenę wyższą, co było całkowitym zaprzeczeniem sensu ustalania zakresu kontraktu podczas negocjacji. NIK zauważa, że przepisy dopuszczają przeprowadzanie kolejnych, po tzw. konkursach głównych, postępowań, jednak podkreśla, że może prowadzić to do arbitralnego wzmacniania celowo dobranych świadczeniodawców. Sytuacja taka miała miejsce np. w województwie małopolskim, gdzie w uzupełniającym trybie rokowań na 2011 r. podpisano umowy z poradniami przyszpitalnymi, które w konkursach głównych przegrały z innymi placówkami.

Wnioski

NIK zauważa, że wprowadzane aktualnie zmiany w formule kontraktowania stanowią realizację części uwag, zgłoszonych w trakcie kontroli (np. nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która doprecyzowuje m.in. pojęcia ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń, umożliwia odrębne kontraktowanie świadczeń specjalistycznych dla grupy poradni przyszpitalnych i precyzuje, że w przypadku ryzyka braku zabezpieczenia świadczeń kontrakt może być przedłużony maksymalnie o sześć miesięcy).

Biorąc jednak pod uwagę wyniki analizy obecnej formuły kontraktowania NIK rekomenduje Ministrowi Zdrowia rozważenie podjęcia daleko idących reform. Zdaniem NIK konieczna jest gruntowna, rzetelna i niezwłocznie przeprowadzona analiza dostosowania potencjału szpitali do rzeczywistych potrzeb pacjentów. NIK rekomenduje także wypracowanie takiego sposobu kontraktowania świadczeń, w którym najważniejsze kryterium stanowić będą jakość i dostępność świadczeń rzeczywiście oczekiwanych przez pacjentów z danego terenu. Pozwoli to uwolnić zawieranie umów ze szpitalami od lokalnych nacisków.

NIK wnosi także do Ministra Zdrowia aby, w porozumieniu z Prezesem NFZ, podjął działania zmierzające do:

1. zagwarantowania pełnej transparentności etapu negocjacji;
2. rzetelnego i skrupulatnego wyceniania kontraktowanych świadczeń;

3. wyegzekwowania rzetelnego sprawdzania przez NFZ złożonych ofert;
4. gruntownego uporządkowania harmonogramów: od terminowego wydawania niezbędnych aktów prawnych, aż po takie rozłożenie w czasie negocjacji, które zapobiegną ich kumulacji i pozwolą na terminowe i rzetelne przeprowadzanie postępowań konkursowych;
5. aktywniejszego udziału Prezesa NFZ w kolejnych etapach kontraktowania w oddziałach wojewódzkich Funduszu.
6. usprawnienia systemu kontroli przeprowadzanych przez NFZ u świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy.

Źródło: nik.gov.pl

Zobacz artykuł na stronie Najwyższej Izby Kontroli