Chore kontrakty

23 marca 2014

Kontraktowanie przez NFZ usług w lecznictwie szpitalnym i specjalistycznym jest mało przejrzyste, a stosowane procedury nie zawsze zapewniają wybór najlepszych świadczeniodawców, którzy gwarantowaliby pacjentom odpowiednią jakość i dostępność usług – informuje Najwyższa Izba Kontroli.

Izba na swojej stronie przypomina, że zgodnie z założeniami kluczowe znaczenie w procedurze kontraktowania świadczeń zdrowotnych miały mieć dwa etapy: rankingowy i negocjacyjny, dzięki którym pacjent miał otrzymywać możliwie najlepsze świadczenie za możliwie najniższą cenę. Kontrola potwierdziła jednak przypuszczenia, że tryb kontraktowania jest obarczony wieloma wadami.

W publicznym lecznictwie szpitalnym sens kontraktowania wypacza to, że przyznawana na ostatnim etapie procedury cena za tzw. punkt rozliczeniowy jest stała i tak naprawdę nienegocjowalna, bez względu na jakość oferty. Z kolei w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ranking jakościowy jest przekreślany i kwestionowany na etapie negocjacji, w którym jedynym liczącym się kryterium są ceny zaproponowane przez świadczeniodawców. Na ich podstawie komisje negocjacyjne ustalają zupełnie nowy ranking i według własnych, zmiennych reguł arbitralnie przydzielają kontrakty, narzucając warunki i ostateczne ceny. Odmowa podpisania propozycji przez świadczeniodawcę jest równoznaczna z rezygnacją z kontraktu. Sprawia to, że trudno cały sposób postępowania określić mianem negocjacji.

Źle zaplanowany przez wojewódzkie oddziały NFZ terminarz konkursów sprawia, że członkowie komisji muszą weryfikować setki ofert oraz przeprowadzać oględziny u świadczeniodawców w bardzo krótkim czasie, co nierzadko skutkuje zawarciem kontraktu z podmiotami, które nie gwarantują odpowiednich

warunków realizacji świadczeń. W skrajnych przypadkach na jednego pracownika zespołu oceniającego przypada ponad 100 ofert. Często kumulacje powodowały odstępowanie od części procedury, np. od sprawdzenia kwalifikacji i liczby zatrudnionego personelu lub od obligatoryjnej osobistej weryfikacji prawdziwości złożonej oferty.

Niedopracowany system informatyczny nie pozwala na sprawdzenie prawdziwości deklarowanych zapisów, np. realności godzin przyjęć. Kontrolerzy wskazali nawet przypadki udanego zatajenia kar nałożonych wcześniej przez NFZ, wykluczających z ubiegania się o nowy kontrakt.

Izba zwraca uwagę, że NFZ nie monitoruje rynku usług medycznych i nie dysponuje realnymi wycenami procedur w poszczególnych regionach. Kontrola wykazała, że często cena kontraktowa ma się nijak do rzeczywistych kosztów udzielania danego świadczenia.

Kontrole wykazały także, że z powodu złego rozplanowania procesu kontraktowania większość oddziałów NFZ podpisuje umowy „w ostatniej chwili”, w związku z czym świadczeniodawcy mają często kilka minut na decyzję o podpisaniu bądź odrzuceniu zaproponowanego kontraktu.

NIK stwierdziła przypadki podniesienia przez Fundusz, z własnej inicjatywy, liczby zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych, ceny za punkt rozliczeniowy czy też jednostronnego zmniejszenia przez świadczeniodawcę liczby wykonywanych świadczeń czy godzin przyjmowania już po kilku miesiącach od zawarcia kontraktu. Podniesienie ceny świadczeń jest całkowitym zaprzeczeniem sensu ustalania zakresu kontraktu podczas negocjacji. Państwowy kontroler zauważa, że przepisy dopuszczają przeprowadzanie kolejnych, po tzw. konkursach głównych, postępowań, jednak podkreśla, że może prowadzić to do arbitralnego wzmacniania wybranych świadczeniodawców. Sytuacja taka miała miejsce choćby w woj. małopolskim, gdzie w uzupełniającym trybie rokowań na 2011 r.

podpisano umowy z poradniami, które w konkursach głównych przegrały z innymi placówkami.

Źródło: Nowy Obywatel