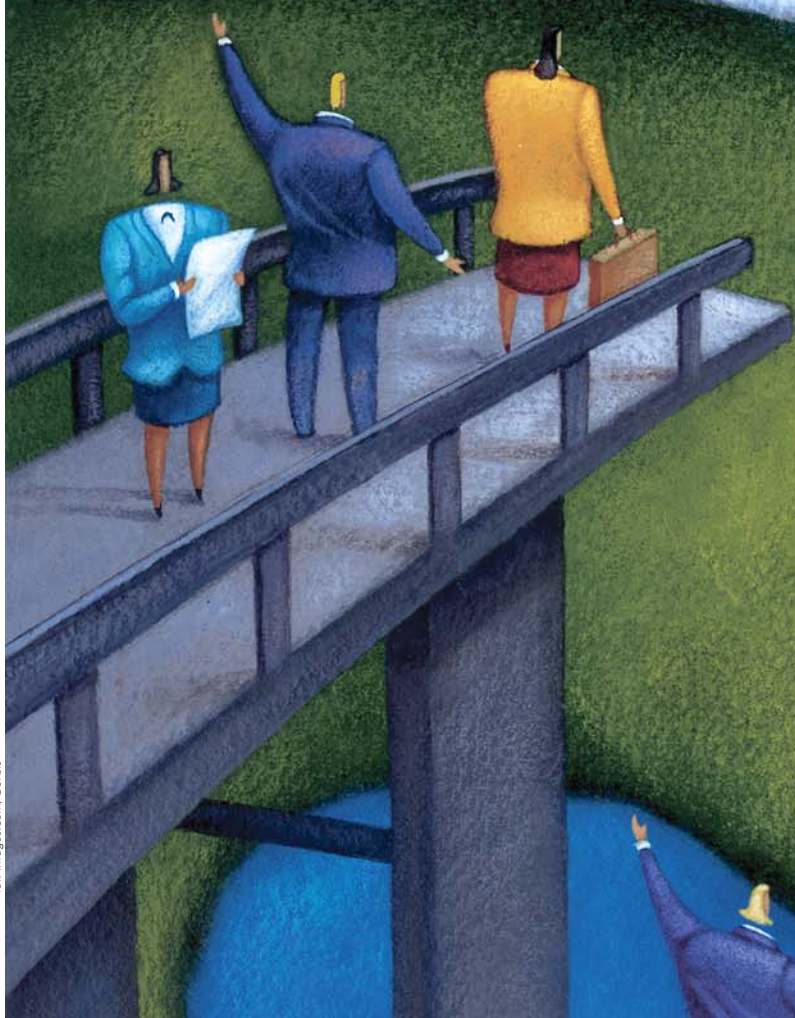


Jak skutecznie negocjować z NFZ

# Strachy na Lachy

Krzysztof Tuczapki

Negocjacje z Narodowym Funduszem Zdrowia to przede wszystkim sztuka kompromisu. Muszą się nią wykazać strony biorące udział w rozmowach. Jest to proces bardziej złożony, niż mogłoby się wydawać na pierwszy rzut oka – wymaga gruntownego przygotowania wszystkich zainteresowanych. Nie ma spisanego scenariusza takich negocjacji, recepty na sukces, bo być nie może. Jednak mimo wszystko funkcjonuje zdrowy rozsądek i zbiór niepisanych praw, co pozwala... załatwić najpilniejsze sprawy, rozwiązać największe problemy.



Według największych autorytetów w dziedzinie negocjacji z Uniwersytetu Harvarda, Rogera Fishera i Williama Ury, podstawowe elementy negocjacji to:

1. Odseparowanie ludzi od rzeczywistego problemu.
2. Skupienie się na celach, a nie na pozycjach.
3. Rozszerzanie opcji w celu obustronnych zysków.
4. Odniesienie się do ustalonych wcześniej standardów czy procedur.

W tych negocjacjach w polskim systemie ochrony zdrowia uczestniczą z jednej strony, monopolista – NFZ, płatnik publiczny, dysponujący olbrzymim budżetem, a z drugiej strony, niejednokrotnie skruszony świadczeniodawca, czyli szpital lub przychodnia, które chciałyby jak najwięcej pieniędzy, bo wiedzą, że bez kontraktu z NFZ ich firma nie ma racji bytu na rynku usług medycznych.

### Prawo kaduka

Monopolistyczny NFZ ustala zasady i warunki zakupu świadczeń zdrowotnych. Są one wcześniej określane i publikowane w formie zarządzeń prezesa Funduszu. Muszą być zgodne z prawem dotyczącym szeroko rozumianej ochrony zdrowia. Płatnik, który jest dysponentem funduszy publicznych, musi zadbać o zapewnienie każdemu obywatelowi konstytucyjnego (art. 68. konstytucji) dostępu do ochrony zdrowia z pieniędzy publicznych i zakupić świadczenia zagwarantowane tzw. ustawami koszykowymi. Jest to nie lada wyzwanie, gdyż bardzo obszerny koszyk świadczeń pozytywnych przy niskim poziomie finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z góry przesądza o wynikach negocjacji. Liczba zakupionych świadczeń zależy bowiem wyłącznie od możliwości finansowych płatnika, determinowanych wysokością składki zdrowotnej i jej ściągalnością. Na podstawie wpływów NFZ przygotowuje plan finansowy, czyli tworzy ścisłe ramy negocjacji. Plan szczegółowo określa, jak za pieniądze, którymi dysponuje Fundusz, kupić jak najwięcej świadczeń. Nie jest to łatwe, bo polski rynek cechuje nieograniczony popyt na świadczenia zdrowotne przy ograniczonych zasobach finansowych na ich udzielenie. Inną kwestią jest, dlaczego tak się dzieje – czy Polacy chorują częściej niż obywatele pozostałych krajów Europy, czy też są inne przyczyny. Moim zdaniem, stwierdzenie drugie jest prawdziwe, ale to już zupełnie inny temat.

### Szach nie mat

W negocjacjach chodzi głównie o to, żeby przewidzieć reakcję strony przeciwnej na nasze działania. Negocjacje to gra psychologiczna. Każdy nasz ruch wywołuje określony ruch przeciwnika. To mniej więcej tak, jak podczas gry w szachy. Trzeba umieć postawić się w sytuacji przeciwnika. Jednak najlepsze




„ Polski rynek cechuje nieograniczony popyt na świadczenia zdrowotne przy ograniczonych zasobach finansowych na ich realizację ”

w negocjowaniu z płatnikiem publicznym jest to, że większość posunięć strony przeciwnej można przewidzieć. Warunkiem tego, aby móc przewidzieć ruchy przeciwnika i poprowadzić negocjacje tak, żeby również on był z ich rezultatu zadowolony, jest umiejętność postawienia się w jego sytuacji. Można przyjąć, że NFZ zawsze będzie mówił, że ma określoną pulę pieniędzy i że więcej na pewno nie będzie.

### Łapanie za słówka

Znając dobrze wymagania, należy przede wszystkim zadbać o stronę formalną, nie przeoczyć żadnego szczegółu, który dotyczy warunków koniecznych do zawarcia umowy na udzielanie świadczeń. Trzeba też pamiętać o istotnej zmianie w kontraktowaniu świadczeń na rok 2011, a mianowicie, że NFZ nie będzie mógł już ich kontraktować po niższych cenach



w przypadku niespełnienia wszystkich wymagań określonych dla danego zakresu świadczeń, ponieważ jest to obwarowane ustawami koszykowymi. W praktyce może to oznaczać brak kontraktu nawet dla szpitala. Do tej pory NFZ „kupował” szpital, a nie potrzebne mu łóżka. Nie było takiego przypadku, żeby jakiś szpital nie zawarł kontraktu z płatnikiem publicznym. Wszyscy doskonale zdajemy sobie sprawę z tego, że spełnienie wszystkich wymagań graniczy z cudem. Większość szpitali działa w określonej strukturze organizacyjnej i lokalowej, która kształtowała się przez pokolenia, a niektóre budynki to obiekty zabytkowe. W przypadku Zamojskiego Szpitala Niepublicznego oddziały gruźlicy oraz hematologii znajdują się w budynku z XIX w., najstarszym w szpitalu! Przesunięcie daty dostosowania pomieszczeń i urządzeń zakładów opieki zdrowotnej do wymogów sanitarnych i technicznych do 2015 r. nie uzdrowi sytuacji i nie rozwiąże problemu braku pieniędzy.

Lista wymagań stawianych zakładom opieki zdrowotnej jest bardzo długa – od dotyczących pomieszczeń, organizacji udzielania świadczeń, konieczności przeprowadzania badań określonego rodzaju bądź dostępności do nich, po wymagania kwalifikacyjne wobec personelu, szczególnie lekarskiego, bardzo precyzyjnie określone przez płatnika, który chce zakupić usługę o określonym standardzie.

### Zaginanie nieugiętych

Czy dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej wymagania naprawdę muszą być takie same? Czy niektóre z nich nie są na wyrost? Czy np. każdy szpital powinien mieć izbę przyjęć wg określonego standardu, który nie uwzględnia lokalnych uwarunkowań wynikających z profilu udzielanych świadczeń? Czy niezbędne jest, aby w każdej placówce blok operacyjny funkcjonował całą dobę? Czy co roku oczekiwania NFZ wobec świadczeniodawców muszą się zmieniać? Czy zawsze będziemy zaskakiwani jakimś z pozoru niewinnym szczegółem, którego nie było w propozycjach zarządzeń, a stał się wymaganiem koniecznym w opublikowanym zarządzeniu prezesa NFZ?

Zanim dochodzi do rozstrzygających rozmów, czyli tzw. negocjacji, mamy okres gorących przygotowań, gonią nas terminy, kompletujemy wg ściśle określo-

nych zasad i reguł oferty bądź oferty aktualizacyjne, jak to było w ostatnich latach, z uwagi na brak postępowania konkursowego. Dołączamy też wymagane dokumenty, numerujemy i podpisujemy czasami setki stron, aby spełnić wszystkie wymogi formalne przesądające o ważności oferty. W postępowaniu konkursowym prawidłowe przygotowanie ofert i dokumentów jest bardzo ważne, z uwagi na fakt, że ocena końcowa, dokonywana na podstawie szczegółowych kryteriów oceny ofert (z którymi też warto się zapoznać przed postępowaniem konkursowym), decyduje o naszym byciu na rynku usług zdrowotnych. Płatnik kontraktuje bowiem świadczenia tylko do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń określonego rodzaju, lub mówiąc inaczej, do wartości zamówienia określonego w ogłoszeniu, co dla oferentów, którzy z różnych przyczyn znajdują się na końcu tzw. rankingu ze względu na niską ocenę punktową złożonej oferty, może oznaczać wypadnięcie z rynku medycznego.

Jeżeli uda nam się o niczym nie zapomnieć i nie musimy uzupełniać ofert ani niczego wyjaśniać, czekamy na termin negocjacji. W praktyce negocjujemy zazwyczaj liczbę świadczeń, a nie cenę, ponieważ cena

„ W praktyce negocjujemy liczbę świadczeń, a nie cenę, ponieważ ta jest z góry ustalona „

„ Nie było takiej sytuacji, żeby jakiś szpital nie podpisał kontraktu z płatnikiem publicznym „



fot. iStockphoto

„ Na dzień dobry NFZ zawsze będzie mówił, że ma określoną pulę pieniędzy i że więcej na pewno nie będzie „

jest z góry ustalona i nie podlega negocjacom. Jak się często okazuje, nasze oczekiwania ilościowe, wynikające z wykonania kontraktu, z prowadzonej kolejki oczekujących na świadczenia nie przystają do ram negocjacji wytyczonych przez płatnika, czyli wykraczają poza możliwości finansowe Funduszu. To co w takim razie negocjować? Wydawać by się mogło, że nie mamy żadnych możliwości manewru, ponieważ nasze słuszne argumenty rozmiągają się z możliwościami finansowymi płatnika. Z reguły druga strona nie neguje naszych potrzeb, spotykamy się ze zrozumieniem przedstawianej argumentacji, ale cóż, plan finansowy jest sztywny, płatnik nie wyda więcej, niż ma.

### Mocne i słabe punkty

Musimy mieć dobrą orientację w wykonaniu kontraktu za ubiegły okres rozliczeniowy. Znajomość mocnych i słabych punktów własnej działalności jest też nie bez znaczenia. Wiedza o tym, w których zakresach mieliśmy nadwykonania, a w których niewykonania, może też w procesie negocjacji bardzo nam się przydać. Jeśli do dobrej znajomości własnego podwór-

„ Zawsze największa uwaga powinna się skupić na zwiększaniu limitu w specjalnościach zabiegowych, bo tam nadwykonania mogą nas drogo kosztować „

ka dodamy wynik ekonomiczny, mamy pewne pole manewru, z góry znamy możliwości ewentualnych ustępstw, na które możemy pójść i które będą dla nas korzystne finansowo.

Nie jest żadnym odkryciem fakt, że świadczenia wykonane ponadlimitowo są dla szpitali opłacalne, jeśli płatnik za nie zapłaci, bowiem koszt ich udzielenia nie stanowi 100 proc. ich wartości wyliczonej nominalnie na podstawie wycen punktowych NFZ. Koszty stałe szpital ponosi nawet wtedy, kiedy po osiągnięciu limitów przestaje przyjmować pacjentów. (Nadal ponoszone są koszty eksploatacji budynków, mediów, wynagrodzeń pracowniczych itp. Dodatkowo koszty związane z udzieleniem świadczeń ponadlimitowych to wydatki na leki, użyte materiały, badania diagnostyczne).

Dodatkowym wydatkiem związanym z nadwykonaniami są tylko koszty zmienne, dlatego też przed przystąpieniem do negocjacji trzeba pokusić się o analizę ekonomiczną poszczególnych oddziałów. Znajomość proporcji kosztów stałych i zmiennych w poszczególnych oddziałach może się okazać bardzo przydatna. Na oddziałach zabiegowych udział kosztów stałych w kosztach całkowitych jest bardzo wysoki, nawet do 80 proc., co daje nam wiedzę o tym, że ewentualne nadwykonania w oddziałach zachowawczych nie są dla szpitala kosztowne, a mogą być bardzo opłacalne, jeżeli uda nam się uzyskać za nie zapłatę. Większe ryzyko występuje na oddziałach zabiegowych, w których nadwykonania niosą dla szpitali dużo większe niebezpieczeństwo finansowe jeżeli nie uzyskają one refundacji, ponieważ koszty zmienne stanowią istotny udział nawet powyżej 50 proc. w kosztach całkowitych. Im bardziej zaawansowane technologie wykorzystywane są do udzielenia świadczeń ponadlimitowych, im bardziej specjalistyczny oddział, tym większym zagrożeniem dla szpitala są nadwykonania w danej specjalności zabiegowej. Jak tę wiedzę wykorzystać w procesie negocjacji?

### Najważniejszy punkt – zabiegi

Nie pozostaje nic innego, jak pójść na ustępstwa ilościowe, zrezygnować z pewnej liczby świadczeń na oddziałach zachowawczych na rzecz zwiększenia limitów na oddziałach zabiegowych. Największą uwagę

## „ Dobrym chwytem jest rezygnacja z pewnej liczby świadczeń na oddziałach zachowawczych na rzecz zwiększenia limitów na oddziałach zabiegowych „

należy skupić na zwiększeniu limitu w specjalnościach zabiegowych, bo tam nadwykonania mogą nas drogo kosztować, bowiem niosą ryzyko wysokich strat, jeżeli nie uzyskamy za nie zapłaty. (Można podać przykład ortopedii – zabiegów endoprotezoplastyki biodra i kolana, w których koszt samej protezy jest istotny – 5000 zł i więcej w zależności od rodzaju, więc ryzyko straty przy niezapłaconych nadwykonaniach jest dla szpitala bardzo duże).

Dobre przygotowanie do negocjacji jest bardzo ważne, przekonująca argumentacja zawsze jest istotna (np. rozszerzenie zakresu udzielanych świadczeń, poprawa bazy sprzętowej, podnoszenie kwalifikacji i umiejętności personelu udzielającego świadczeń, nadwykonania, kolejki oczekujących). Ważne jest też zadbanie o odpowiednie zapisy w protokołach negocjacji odnośnie do ewentualnych rozbieżności pomiędzy propozycją NFZ a naszymi oczekiwaniami, co w trakcie roku jest dobrym punktem wyjścia do negocjacji wartości finansowej umowy. Negocjowanie to wielka sztuka kompromisu, przeciąganie struny nie na wiele się zadaje, co pokazał rok ubiegły. Pomimo licznych protestów i gorącej atmosfery wokół kontraktowania świadczeń na ten rok, wszystkie szpitale podpisały kontrakty. Co prawda, NFZ w wyniku fali protestów uruchomił rezerwę ogólną oraz tzw. migracyjną, co pozwoliło na zawarcie kontraktów na świadczenia w rodzaju leczenia szpitalnego na poziomie finansowym wg stanu na 30 czerwca 2009 r., ale nie wpłynęło to na zwiększenie pieniędzy w systemie, dokonano tylko przesunięć z refundacji leków.

### Skoro już uruchomiono żelazne rezerwy, to co będzie w trakcie roku?

Składki zdrowotne są na stałym poziomie, wpływy ze składek, wbrew wcześniejszym zapowiedziom, nie maleją, a wręcz przeciwnie, zwiększyły się w I kwartale 2010 r. niemal o 600 mln zł. Jednak dla świadczeniodawców więcej pieniędzy w systemie nie przybędzie, gdyż zwiększone wpływy ze składek będą przekazane na refundację leków, a kontrakty podpisaaliśmy na pół roku, przed nami więc kolejne negocjacje. Zapewne będą należały do bardzo trudnych, bo zasoby finansowe płatnika raczej się nie zwiększą. Znając sytuację finansową NFZ, nietrudno przewidzieć, że osiągnięcie kompromisu nie będzie łatwe. Pozostaje

tylko mieć nadzieję, że kryzys finansowy jest przejściowy, że wpływy ze składki zdrowotnej będą wzrastały, chociażby za sprawą zmiany sposobu naliczania składki zdrowotnej od rolników, co pozwoli na zwiększenie planu finansowego Funduszu, którego wysokość determinuje wynik prowadzonych negocjacji. Wielu szpitalom, również i mojemu, niedługo skończy się półroczny kontrakt z NFZ, i za chwilę będziemy musieli podpisywać kontrakty na kolejne pół roku.

Część jednostek nie zrealizowała w pełni dotychczasowego kontraktu i do wyznaczonych limitów zabrakło im sporo punktów, inne dramatycznie przekroczyły limity i boją się, czy NFZ choć w części zapłaci za ich pracę. Jeszcze inne „wylądowały” pośrodku, realizując kontrakt z nadmiarem w jednych specjalnościach, niewyrabiając limitu w drugich. Kto wygra w tej grze? Ten racjonalny sąd nie zawsze jednak okazuje się słuszny i szpitale, przygotowując się do podpisania nowego kontraktu z NFZ, powinny głęboko przeanalizować swoje dotychczasowe działania.

### Refleksje na koniec

Jaka jest sytuacja finansowa polskiej ochrony zdrowia – każdy widzi. Odbija się to, niestety, na naszych jednostkach, w wielu szpitalach stoją puste łóżka, choć pacjentów nie brakuje. Płatnik nie ma więcej pieniędzy, kryzys w finansach jest widoczny, przypływu dodatkowych pieniędzy do systemu nie widać. Niestety, niepopularny obecnie jest też temat zwiększenia dopływu pieniędzy do systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, tj. podniesienia obowiązkowej składki na ubezpieczenie zdrowotne, która jest najniższa w krajach UE. O tym, że składki w najbliższym czasie nie będzie można zwiększyć, zaczęli mówić politycy wszystkich opcji. Poseł Mucha (PO) twierdzi, że nie od roku 2011, ale od 2012. Moim zdaniem, składkę należy podnieść jak najszybciej, bo takiej złej sytuacji z finansowaniem szpitali, jak na Lubelszczyźnie, nie ma w innych regionach kraju. Żaden szpital regionu nie zbilansował I kwartału 2010 r., w tym i mój.

W związku z tym nasze szpitale w negocjacjach z płatnikiem publicznym stoją na straconych pozycjach. Można jednak coś zrobić w tej sprawie bez zwiększania nakładów na ochronę zdrowia. Najważniejsza kwestia to podział płatnika publicznego, tj. NFZ, oraz wprowadzenie innych ubezpieczycieli do systemu. Dzięki temu wzrośnie konkurencyjność tych podmiotów, które będą zarządzały funduszami publicznymi na ochronę zdrowia. Stworzy to również realne korzyści dla świadczeniodawców, gdyż zacznie działać prawdziwa konkurencja z obu stron i dopiero wtedy będziemy mieli prawdziwe partnerskie negocjacje, jak równy z równym. Ale czy taka będzie wola naszych decydentów?

*Autor jest prezesem Zamojskiego Szpitala Niepublicznego Sp. z o.o.*