

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: niedziela, 20, październik 2013 00:00

Rafał Rudka

Odsłony: 4489

---

Pojęcie negocjacje, znane wszystkim z rynku komercyjnego, gdzie dwie równorzędne strony negocjują warunki wzajemnej współpracy lub tylko jej warunki finansowe, mają się nijak do pojęcia negocjacji, które przeprowadza Fundusz z podmiotami leczniczymi w celu zawarcia umowy na odpłatne udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Po pierwsze nie mamy do czynienia z równością stron. Fundusz jest monopsonem – praktycznie jedynym płatnikiem dla podmiotów leczniczych, zwłaszcza dla podmiotów działających w formule samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmioty działające w formule niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej mają większe możliwości pozyskiwania dodatkowych przychodów, od płatników innych niż publiczny.

Po drugie, negocjacje wprawdzie dotyczą dwóch kategorii - ilości i ceny udzielanych świadczeń, jednak w praktyce ilość świadczeń jest proponowana przez Fundusz i rzadko w trakcie negocjacji jest możliwość ich zwiększenia. Również cena jest oferowana przez Fundusz, jako tzw. cena oczekiwana, która jest jednocześnie ceną maksymalną, jaką podmiot leczniczy może uzyskać. Podmiot leczniczy ma tylko ruch w stronę obniżania proponowanej ceny i ewentualnie zwiększania ilości świadczeń, które chciałby realizować w ramach kontraktu z Funduszem.

Przygotowując się do procesu negocjacji powinniśmy mieć bardzo dokładne informacje o ilości zrealizowanych świadczeń w danym rodzaju oraz ilości i procentowym udziale zrealizowanych nadlimitów lub niedowyońań. Z doświadczenia wynika, że jednak lepiej mieć niewielkie wartości nadlimitów, np. na poziomie maksymalnie 5 do 10% wartości kontraktu. Bo to w naturalny sposób wskazuje, że poprzedni kontrakt był zbyt niski lub wzrosło zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń ze strony pacjentów. Warto mieć przygotowane wartości kosztów udzielania świadczeń w porównaniu do wartości przychodów uzyskiwanych z kontraktu z Funduszem na ten rodzaj świadczeń. Jednym z ważniejszych elementów negocjacji może być atut potencjału ludzkiego. Zwłaszcza, jeżeli podmiot leczniczy, dysponuje kadrą medyczną w ilości i o kwalifikacjach przewyższających wymagania konkursu dla tego rodzaju świadczeń. Pomocne jest też posiadanie wiedzy na temat tego, jak wartość potencjalnego kontraktu w danym rodzaju świadczeń wpływa na rentowność całego podmiotu leczniczego. Wynika to z faktu, że Fundusz ogłasza konkursy i powołuje komisje konkursowe dla każdego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Podczas negocjacji nie ma możliwości „zrekompensowania” sobie obniżenia wartości kontraktu w jednym rodzaju świadczeń, wzrostem kontraktu w innym rodzaju świadczeń, które realizuje podmiot leczniczy w ramach swojej działalności leczniczej.

Ze względu na dominującą pozycję płatnika, który oferuje wartość kontraktu w każdym z rodzajów i najchętniej oczekuje przyjęcia jego warunków, nie ma mowy o normalnych negocjacjach. Oczywiście nie ma obowiązku podpisania protokołu uzgodnień już podczas pierwszej tury negocjacji. Jednak narażamy się na ryzyko, że inne podmioty przyjmą warunki proponowane przez Fundusz i możemy nie mieć szansy na drugą turę „negocjacji”.

*Źródło: materiał powstał w ramach projektu "Innowacyjna i sprawna administracja" współfinansowanego ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a realizowanego przez Związek Powiatów Polskich; autor: Janusz Ałtachowicz*