

MDT-442-0-647/Mch/11

Kraków, dnia 21 01 2011

**Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Myślenicach
ul. Szpitalna 2
32 – 400 Myślenice**

Decyzja z dnia ...2.1.01 2011
Nr. 339/AOS/2011

**Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 ze zm.), w związku z odwołaniem złożonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki zdrowotnej w Myślenicach w dniu 22 grudnia 2010r. od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000085/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

oddala odwołanie.

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na podstawie art. 139 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwanej dalej *ustawą*, ogłosił postępowanie konkursowe w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie KARDIOLOGII w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2013r.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 5 ofert.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w dniu 16 grudnia 2010r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej MOW NFZ w Krakowie, co oznacza że została wypełniona dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154.

Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W dniu 22 grudnia 2010r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie wpłynęło odwołanie SPZOZ w Myślenicach.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odwołaniu Odwołujący wskazał, że złożył ofertę w zakresie ilości świadczeń i ich wyceny, kierując się wykonaniem tychże świadczeń w roku 2010. Wskazał, że wykonanie umowy do listopada 2010r. wyniosło narastająco 43 694,00pkt, natomiast wartość tzw. nadwykonań wyniosła 11 447,20zł. W toku negocjacji NFZ przedstawił Odwołującemu propozycję zawarcia umowy jedynie w zakresie 9 461 ilości świadczeń. Propozycja ta nie została przez Odwołującego przyjęta, gdyż nie zabezpiecza świadczeń medycznych w przedmiotowym zakresie zgodnie z istniejącym zapotrzebowaniem na usługi kardiologiczne, a co znajduje potwierdzenie w ilości wykonanych do listopada 2010r. usług oraz wartości „nadwykonań”. Ponadto Odwołujący m.in. wskazał, że posiada wykwalifikowaną kadrę medyczną, warunki lokalowe i sprzęt medyczny, co zapewnia pacjentom kompleksową opiekę medyczną. Zdaniem Odwołującego ślepe, zbiurokratyzowane i mechaniczne ocenianie ofert w toku prowadzonych konkursów prowadzi do całkowitego wypaczenia elementarnej zasady systemu, polegającej na zapewnieniu obywatelom jak najpełniejszego dostępu do usług. Zdaniem Odwołującego w zakresie spełnienia warunku dla dostępności dla MOW NFZ w Krakowie kryterium oceny było tylko jedno: czy oferent ma siedzibę na terenie powiatu, a następnie miało już miejsce ślepe przebijanie się cenami przez oferentów, bez żadnej pogłębionej refleksji nad rzeczywistą dostępnością do poszczególnych usług, kompleksowością oferowanych usług, legalnością oferowanych cen. Odwołujący wskazał, że jego zdaniem w działaniach MOW NFZ istnieje tylko jedna zasada – bezwzględne dążenie do jak najniższej ceny. Ponadto Odwołujący zarzucił, że nieprawidłowe prowadzenie

negocjacji, które polegały wyłącznie na tym, że członkowie komisji konkursowej kierowali do świadczeniodawcy pytanie czy cena jest ostateczna, czy też świadczeniodawca chce zmodyfikować swoją ofertę cenową. Odwołujący wskazał, że negocjacje prowadziły do ślepej licytacji, gdyż oferenci nie wiedzieli jakie są chociażby anonimowo oferty cenowe innych oferentów, jaka będzie ich pozycja w tzw. rankingu po zmianie ceny, czy obecna lub zmieniona oferta cenowa daje możliwość zawarcia umowy z NFZ. Nie podano także o jakiej ilości świadczeń jest mowa w przypadku obniżenia ceny, a zdaniem Odwołującego oferta cenowa nie może być składana bez kalkulacji wolumenu usług.

Oferent został zawiadomiony, że zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego przed wydaniem decyzji Oferentowi przysługuje prawo wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w/w postępowania oraz zgłoszonych żądań dotyczących przedmiotowego odwołania. Odwołujący zaznajomił się ze zgromadzonymi materiałami w sprawie w dniu 04.01.2010 r.

Rozpatrując odwołanie Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie stwierdził, co następuje.

Argumenty odwołującego nie zasługują na uwzględnieni bowiem komisja konkursowa procedowała zgodnie z obowiązującymi przepisami regulującymi postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Niezasadne są argumenty, że w trakcie postępowania oceniając ofertę pod kątem dostępność do świadczeń oceniał tylko jedno: „czy oferent ma siedzibę na terenie powiatu”. Niezasadne jest także twierdzenie, że oferta odwołującego nie została oceniona pod kątem innych kryteriów.

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-11-000085/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 z dnia 15 września 2010r. Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2009r. Nr 139 poz. 1142 ze zm.), powinni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy spełniać wymagania określone przez Prezesa NFZ wskazane w:

- zarządzeniu Nr 62/2009/DSOZ Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

- zarządzeniu Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto w ogłoszeniu w/w postępowania wskazano, że oferty będą oceniane zgodnie z zarządzeniem nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.). Odwołujący w ofercie złożył oświadczenie, że *„zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania”*. W części jawnej konkursu komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert oraz stwierdziła spełnienie przez oferenta i ofertę wymagań określonych w w/w przepisach.

Oferta została zakwalifikowana do części niejawnej postępowania jako spełniająca wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Fakt spełniania wszystkich wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy oraz zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. (ze zm.), oceny i porównania ofert. Ocena ofert jest dokonywana według następujących kryteriów: jakość oferowanych świadczeń, kompleksowość, dostępność, ciągłość, cena.

Stosownie do art. 148 ustawy, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- 1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją;
- 2) ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Przedmiotowe kryteria zostały opisane w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Stosownie do treści § 1 w/w zarządzenia 73/2009/DSOZ.:

- 1) badając ofertę z punktu widzenia jakości - oceniano w szczególności:
 - a) kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
 - b) wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - c) zewnętrzną ocenę jakości,

- d) wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) badając ofertę z punktu widzenia kompleksowości - oceniano w szczególności:
- możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
 - planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
 - ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
 - wymagania formalne;
- 3) badając ofertę z punktu widzenia dostępności - oceniano w szczególności:
- liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
 - organizację przyjęć świadczeniobiorców,
 - brak barier dla osób niepełnosprawnych;
- 4) badając ofertę z punktu widzenia ciągłości - oceniano w szczególności ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,
- 5) badając ofertę z punktu widzenia kryterium ceny – oceniano ofertę poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Szczegółowe parametry kryteriów oceny ofert, o których mowa wyżej oraz wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, określono w tabeli numer 1.1.1, zawartej w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ. Sposób oceny ofert pod względem kryterium ceny określono w załączniku nr 2 do w/w zarządzenia.

W oparciu o w/w kryteria na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet dokonano oceny ofert, a następnie ich porównania i na tej podstawie sporządzono ranking otwarcia. Ranking powstaje w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny. Oferty o takiej samej liczbie punktów zajmują tę samą pozycję w rankingu. Ranking jest sporządzany dla każdego miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie.

Oferta Odwołującego w rankingu otwarcia uzyskała łącznie 53, 398 pkt. Uzyskaną wartość punktową za poszczególne kryteria oceny oferty obrazuje poniższa tabela.

Ocena oferty Odwołującego- ranking otwarcia

LP.	Kryterium oceny	Uzyskana wartość punktowa
1.	Oferta cenowa	15

2.	Ciągłość	10
3.	Jakość	21, 731
4.	Dostępność	6,667
5.	Kompleksowość	-

Komisja konkursowa w dniu 7 grudnia 2010r. przeprowadziła z Odwołującym negocjacje, w wyniku których strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 8,50 zł (należy zaznaczyć, że w przypadku nieprzekroczenia przez Oferenta ceny oczekiwanej, decyzja odnośnie zaproponowanej ceny leżała tylko i wyłącznie w gestii Oferenta – o czym był informowany w trakcie negocjacji). Strony wyraziły rozbieżne stanowisko w przedmiocie ilości świadczeń (liczba świadczeń proponowana przez MOW NFZ to 9 461 pkt., liczba świadczeń oferowana przez Odwołującego się to 23 000 pkt. Odzwierciedleniem przeprowadzonych rozmów jest podpisany przez oferenta i komisję konkursową protokół końcowy z negocjacji – protokół rozbieżności.

Po zakończeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Zgodnie z informacją zawartą w protokole z negocjacji oferta Odwołującego została zakwalifikowana do kategorii ofert które nie zostały wybrane w toku postępowania, z powodu rozbieżności stanowisk w protokole negocjacji. Ponadto należy dodać, że oferta Odwołującego uzyskała najniższą łączną ocenę punktową, spośród oferty złożonych w ramach przedmiotowego postępowania.

Komisja konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 ustawy dokonała wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym oraz podpisaniem protokołu końcowego ze stanowiskiem zbieżnym. Komisja w rozstrzygnięciu uwzględniła wybrane oferty tj. oferty, które w rankingu końcowym zajęły miejsce od 1 do 4. Oferta Odwołującego nie została więc wybrana w rozstrzygnięciu konkursu ofert. O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała punktacja, jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie w/w kryteria oceny ofert, punktacja jaką uzyskali pozostali oferenci biorący udział w postępowaniu oraz fakt podpisania protokołu końcowego ze stanowiskiem rozbieżnym.

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut naruszenia przez komisję zasad prowadzenia negocjacji. Negocjacje ze wszystkimi oferentami we wszystkich postępowaniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna prowadzone były w takich samych warunkach i w taki sam sposób. Do negocjacji zostali zaproszeni wszyscy oferenci, których oferty spełniały wymagane warunki oraz nie zostały odrzucone. Zakres danych przekazywanych przez komisję konkursową w toku negocjacji był identyczny w każdym przypadku i obejmował

wyłącznie dane dot. oferty danego oferenta oraz pozycję w rankingu otwarcia (przed rozpoczęciem negocjacji ze wszystkimi oferentami) oraz liczbę złożonych ofert.

Zgodnie z art. 142 ust. 6 w/w ustawy negocjacje prowadzi się w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej i w tym zakresie były prowadzone negocjacje. Komisja nie ujawniała danych o innych ofertach w celu umożliwienia dostosowania oferty negocjującego do dynamicznego rankingu - powyższe skutkowałoby bowiem gorszą pozycją oferentów, którzy jako pierwsi przystępowali do negocjacji. Powyższe informacje byłyby bowiem aktualne jedynie na moment prowadzenia negocjacji z konkretnym oferentem, gdyż modyfikacje ceny dokonane przez kolejnych oferentów biorących udział w postępowaniu modyfikowałyby ranking, a tym samym udzielone i zdezaktualizowane informacje mogłyby wprowadzać Oferenta w błąd. Proponowana Oferentowi liczba świadczeń wynikała z danych przedstawionych w ofercie na podstawie których, wg jednolitych zasad, oceniany był potencjał wykonawczy. W trakcie negocjacji istniała możliwość ustalenia między stronami zarówno ceny jednostkowej jak i liczby świadczeń, co potwierdza fakt, że strony zgodnie ustaliły cenę świadczeń w wysokości 8,50zł, a rozbieżności dotyczyły wyłącznie ilości świadczeń.

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz wymogi merytoryczne. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem oferty, które uzyskała wyższe oceny punktowe i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy (biorąc pod uwagę także podpisanie protokołu końcowego ze stanowiskiem zbieżnym).

Biorąc powyższe pod uwagę, postępowanie komisji konkursowej było zgodne z przepisami ustawy, Regulaminem Pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyjętego uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005r. oraz wydanymi na podstawie 146 ust. 1 pkt 3 ustawy zarządzeniem Nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i zarządzeniem

Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

Powyższe stanowi o tym, że komisja konkursowa nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ta skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania.

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie
Barbara Buldowska

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2008 nr 164, poz. 1027 ze zm.), od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu.