

Kraków, dnia 3 lutego 2011 r.

Szanowna Pani
Marta Owczyńska
Dyrektor Centrum Medycznego "KOL-
MED" Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Tarnowie
pl. Dworcowy 6
33-100 Tarnów

Decyzja

z dnia 3 lutego 2011 r.

nr 135/2011/STM

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), w związku z odwołaniem złożonym przez – **Centrum Medyczne "KOL-MED" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, pl. Dworcowy 6, 33-100 Tarnów** – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-001272/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rekowań~~* w rodzaju LECZENIE STOMATOLOGICZNE, w zakresie ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE.

~~uwzględnia~~/oddala* odwołanie

* niepotrzebne skreślić

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwaną dalej „ustawą”, ogłosił dnia 16 września 2010 r. postępowanie konkursowe poprzedzające zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 06-11-001272/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w rodzaju LECZENIE STOMATOLOGICZNE w zakresie ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE na okres od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 31 grudnia 2013 r. W w/w ogłoszeniu podano również wartość zamówienia nie większą niż 7 101 362,81 zł. Na podstawie art. 151 ust. 1 cytowanej ustawy w dniu 22 grudnia 2010 r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w 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 prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy.

W myśl art. 154 ust. 1 ustawy, 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. Zgodnie z brzmieniem art. 154 ust. 3 ustawy, po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania Oferenci przystępujący do konkursu ofert oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego w tym w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2009 r., Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.), powinni zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy spełniać wymagania określone przez Prezesa NFZ wskazane w:

- zarządzeniu nr 55/2010/DSOZ Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne,

- 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 się złożył oświadczenie, że „zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania i realizacji umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania” (złożony do oferty i podpisany załącznik nr 2 do zarządzenia nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ).

Dnia 29 grudnia 2010 r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie wpłynęło odwołanie złożone przez Centrum Medyczne "KOL-MED" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, pl. Dworcowy 6, 33-100 Tarnów .

Zgodnie z treścią zawartą w art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (t.j. Dz. U. z 2000 r., Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.) Oferent został powiadomiony o prawie zapoznania się z materiałami postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert w związku ze złożonym przez Oferenta odwołaniem. Oferent poinformował MOW NFZ w Krakowie, że nie zamierza skorzystać z przysługującego mu prawa.

Podnieść należy, że w przypadku wniesienia odwołania istotne jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy, który doznał uszczerbku. Zgodnie z wyjaśnieniem WSA w Warszawie zawartym w wyroku z dnia 10 września 2008 r. VII SA/Wa 821/08, powołując się na orzecznictwo NSA określa, że „Istotą interesu prawnego jest jego związek z konkretną normą prawa materialnego, z której podmiot legitymujący się tym interesem może wywodzić swoje racje. Może to być norma należąca do prawa administracyjnego bądź do innych gałęzi prawa, np. prawa cywilnego. W orzecznictwie sądowoadministracyjnym utrwalony został pogląd, uznawany również w doktrynie, iż podstawą legitymacji procesowej strony jest przepis prawa materialnego wskazujący na własne prawo (interes prawny) lub obowiązek podmiotu, które podlegają skonkretyzowaniu w postępowaniu administracyjnym. Szczególnymi cechami interesu prawnego w postępowaniu administracyjnym i w prawie administracyjnym jest po

pierwsze bezpośrednio związku między sytuacją danego podmiotu a wspomnianą normą prawa materialnego, na której budowany jest interes prawny. Oznacza to, że jeżeli sprawa dotyczy dwóch lub więcej podmiotów, to interes prawny mają tylko te z nich, których sytuacja prawna wynika wprost z normy prawa materialnego, a nie powstaje za pośrednictwem drugiego podmiotu. Drugą szczególną cechą interesu prawnego jest jego realność, interes ten musi rzeczywiście istnieć w dacie stosowania danych norm prawa administracyjnego. Nie może to być interes tylko przewidywany w przyszłości ani hipotetyczny. (...) Oznacza to, że konieczne jest faktyczne naruszenie zasad postępowania, które musi naruszać faktycznie istniejący interes świadczeniodawcy".

Oferent w treści odwołania wskazał, że nie zgadza się ze stanowiskiem Komisji konkursowej. Oferent oświadczył, że od wielu lat wykonywał usługi w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych w oparciu o kontrakt z NFZ. Oferent podniósł, że pacjenci leczenia dotychczas oczekują dalszej opieki znanych im lekarzy oraz ciągłości udzielania świadczeń. Oferent podniósł, również, że w ramach świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach kontraktu z NFZ odnotowywał tzw. „nadwykonania”. Oferent wskazał również na niebagatelny jego zdaniem aspekt lokalizacji CM „KOL- MED.” Zakład sąsiaduje bezpośrednio z Dworcem Głównym PKP oraz PKS w Tarnowie. Oferent w odwołaniu podkreślił, że nie akceptuje rozstrzygnięcia komisji konkursowej oraz wskazał, że „zgodnie bowiem z przepisem art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności 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 a także ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulację kosztów.” Oferent wskazał, że powyższe kryteria są wiodące oraz w pełni spełnione przez CM „KOL-MED”. Odwołujący się oferent zarzucił również nierówne traktowanie oferentów oraz prowadzenie postępowania w sposób, który nie gwarantuje zachowania uczciwej konkurencji, poprzez „Preferowanie bowiem podmiotów deklarujących gotowość udzielania świadczeń również w soboty miałyby jedynie wtedy sens, gdyby liczba zakontraktowanych punktów (świadczeń) dawała możliwość udzielania świadczeń w pełnym wymiarze od poniedziałku do piątku. Deklaracja udzielania świadczeń w soboty, przy jednoczesnym braku wykorzystania pełnego czasu w dni powszednie, prowadzi bowiem w istocie do preferowania fikcji, gdyż nawet gdyby lekarz, który wykorzystał limit punktowy zakontraktowany przez NFZ na

dany okres, przebywał w sobotę w gabinecie, będzie on udzielał świadczeń odpłatnie, co było praktyką stosowana przez podmioty niepubliczne.

Zważyć należy, że po rozpoznaniu ofert w części jawnej, Komisja Konkursowa uznała ofertę odwołującego Oferenta jako spełniającą warunki formalne i nie podlegającą odrzuceniu. Ofertę zakwalifikowano do części niejawnej i przeprowadzono negocjacje z Oferentem. W trakcie negocjacji strony zajęły rozbieżne stanowisko co do liczby świadczeń.

Komisja konkursowa jest zobowiązana do dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty lub większej ilości ofert, które zapewniają zgodnie z art. 148 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności:

- **ciągłość,**
- **kompleksowość,**
- **jakość,**
- **dostępność udzielanych świadczeń,**
- **cena.**

Komisja konkursowa w części niejawnej postępowania ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z oferentami o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden Oferent.

Negocjacje odbywały się zgodnie z treścią art. 142 ust 6, ust 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który stanowi, że:

„5. Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: 1. liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej; 2. ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

6. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent” oraz z uwzględnieniem procedury wprowadzonej do stosowania w trakcie postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Negocjacje z Oferentem **Centrum Medyczne "KOL-MED" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, pl. Dworcowy 6, 33-100 Tarnów** odbyły się zgodnie z prawem oraz obowiązująca w NFZ procedurą.

Odnosząc się do zarzutu stawianego przez odwołującego się Oferenta dotyczącego oceny oferty, podnieść należy, że zarządzenie 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 określa jasno, według

jakich kryteriów, oferty składane do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są oceniane. Kryteria oceny ofert są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Oferent ma możliwość zaznajomienia się z treścią w/w zarządzenia Prezesa NFZ, co więcej Oferent czytając już ogłoszenie postępowania ma wiedzę według jakich kryteriów jego oferta będzie oceniana oraz jakie wymagania stawiane w treści zarządzenia nr 55/2010/DSOZ Prezesa NFZ musi spełniać.

Każdorazowa zmiana ceny świadczeń, którą ma możliwość dokonać Oferent w trakcie negocjacji, wpływa na wartość punktową jego Oferty. Ocena oferty dokonuje się według kryteriów:

1. jakość (kwalifikacje personelu, umiejętności, doświadczenie, wyposażenie w sprzęt, zewnętrzna ocena jakości, wyniki kontroli przeprowadzonej przez NFZ),
2. kompleksowość (możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wymagania formalne),
3. dostępność (liczbę dni i godzin pracy w harmonogramie, organizację przyjęć świadczeniobiorców, brak barier dla osób niepełnosprawnych),
4. ciągłość (oceniana w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty),
5. cena (oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiąca końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy).

Zgodnie zaś z treścią zarządzenia nr 55/2010/DSOZ Prezesa narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, Oferent winien spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do w/w zarządzenia przy czym wymagania te winny być spełnione w każdym miejscu udzielania świadczeń.

Załącznik nr 3a do zarządzenia nr 55/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010 r. określa wymagania dla świadczeniodawców oraz warunki i zasady udzielania świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne. Dla zakresu świadczeń ŚWIADCZENIA

OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE (kod zakresu 07.0000.218.02) wskazuje w punkcie 1 dotyczącym **personelu**:

ppkt 1.1 świadczenia udzielane przez lekarza dentystę,

W pkt. 2 sprzęt i wyposażenie

ppkt 2.1 stanowisko stomatologiczne (fotel przystawka turbinowa, mikrosilnik, lampa bezcieniowa) lub unit stomatologiczny – w miejscu udzielania świadczeń

ppkt 2.2 lampa polimeryzacyjna w miejscu udzielania świadczeń

ppkt 2.3 skaler w miejscu udzielania świadczeń

ppkt 2.4 wstrząsarka do amalgamatu

Powyższe warunki realizacji świadczeń są zgodne z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z dnia 31 sierpnia 2009 r., Nr 140, poz. 1144 z późn. zm.)

Dodatkowo ocenianym warunkiem realizacji świadczeń jest posiadanie:

- endometru – w miejscu udzielania świadczeń ppkt 2.1

- aparatu RTG lub radiowizjografu – w lokalizacji.

W odniesieniu do personelu dodatkowo oceniany jest:

- lekarz dentysta specjalista stomatologii zachowawczej z endodoncją lub w dziedzinie stomatologii dziecięcej,

- personel pomocniczy – min 50% czasu pracy poradni.

Ponadto w w załączniku nr 4 do zarządzenia nr 55/2010/DSOZ Prezesa NFZ określono wymagania dotyczące dostępności do świadczeń leczenie stomatologiczne dla poszczególnych zakresów, w tym również dla zakresu świadczenia ogólnie stomatologiczne. W powyższym załączniku wskazano wymagania podstawowe jak również wymagania dodatkowo oceniane. **Wymagania podstawowe stanowią:**

Pkt. 1.1 min. czas pracy na jednego lekarza 15 godzin w tygodniu,

Pkt 1.2 czas pracy lekarzy w poradni proporcjonalny do liczby etatów przeliczeniowych,

Pkt 1.4 liczba dni pracy w poradni do godziny 18 lekarza – jeden dzień na każde 0,5 etatu przeliczeniowego,

Pkt. 1.5 minimalna liczba dni pracy w tygodniu lekarza w poradni: w przypadku całego etatu przeliczeniowego 5 dni po 6 godzin dziennie.

Wymagania dodatkowo oceniane:

Pkt. 2.1 praca przynajmniej jednego lekarza w poradni w sobotę przez min. 6 h

Pkt. 2.2 liczba dni pracy przynajmniej jednego lekarza w poradni do godziny 18 powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego

Pkt. 2.3 dostęp dla niepełnosprawnych.

Zgodnie z treścią załącznika nr 1 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tabeli nr 1.5 leczenie stomatologiczne, określona została punktacja za poszczególne parametry oceny oferty złożonej do postępowań poprzedzających zawarcie umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.

Kryterium jakość wskazuje określaną poprzez wagę skalującą przy maksymalnej liczbie punktów możliwej do osiągnięcia przez oferenta dla punktów uzyskanych w części dotyczącej personelu 25 pkt. Zewnętrzna ocena jakości również określona poprzez wagę skalującą maksymalnie 5 pkt. oraz sprzęt i aparatura medyczna określona również poprzez wagę skalującą dla dostępności w miejscu i lokalizacji maksymalnie 15 pkt. Należy podnieść, że maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą jest uzależniona od wymagań i warunków dodatkowych określonych dla danego zakresu świadczeń w odpowiednim zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (zarządzenie nr 55/2010/DSOZ Prezesa NFZ). Znajduje to swoje bezpośrednie przełożenie na treść pytań ankietowych i w konsekwencji różnicowanie poszczególnych elementów punktacji oferty oferenta.

W zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ Prezesa w tabeli nr 1.5 wskazano, że oferty złożone do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne nie są oceniane poprzez kryterium kompleksowości. Stąd zarzut oferenta, że świadczenia udzielane przez CM „KOL-MED” mają charakter kompleksowy nie znajduje uzasadnienia w przedmiotowym postępowaniu. Żadna z ofert złożonych do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne nie była oceniana przez kryterium kompleksowość.

Komisja konkursowa działała w oparciu o przepisy prawa i nie posiadała instrumentów prawnych aby dokonywać oceny oferty oferenta poprzez kryterium, które z mocy samego prawa jest dla danego rodzaju świadczeń wyłączone. Ocena oferty poprzez kryterium kompleksowości dla rodzaju leczenie stomatologiczne nie ma zastosowania.

Kryterium ciągłość oceniane jest w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty.

Kryterium 'ciągłość' nie jest tożsame z faktem posiadania w poprzednich latach zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zarządzenie nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ określa kryterium dodatkowo oceniane poprzez deklarację spełnienia wymagań w dniu złożenia oferty i okresie realizacji umowy.

Nadmienić należy, że lokalizacja w obrębie węzła komunikacyjnego nie stanowi kryterium oceny ofert określonego w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ.

Wspomnieć należy, że zgodnie z treścią art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz działa w imieniu własnym, lecz na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Co więcej, analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej jest elementem niezbędnym do prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Skutkiem prowadzonej analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej jest określenie kosztów świadczeń w wielkościach bezwzględnych, a także wzajemnych relacji kosztowych pomiędzy poszczególnymi świadczeniami. Ustalenia te są podstawą do wyceny świadczeń przy pomocy jednostek rozliczeniowych. Fundusz obowiązany jest zarządzać (dysponować) ograniczonymi środkami finansowymi w taki sposób, aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty w zakresie zabezpieczenia świadczeń. Fundusz działa w interesie świadczeniobiorców. MOW NFZ w Krakowie musi podejmować działania, aby należycie zabezpieczyć świadczenia opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców.

Końcowy protokół z negocjacji sporządzony oraz podpisany przez strony wyrażał stanowisko rozbieżne w zakresie liczby świadczeń czyli elementu, który kształtuje treść przyszłej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Strony podpisały protokół końcowy z negocjacji wyrażający stanowisko rozbieżne.

W trakcie negocjacji po przedstawieniu ostatecznej ceny oraz ilości świadczeń przez oferentów przeprowadzony zostaje ranking końcowy wszystkich ofert spełniających wymagane prawem warunki niezbędne do udzielania świadczeń będących przedmiotem zamówienia. Ranking końcowy ofert dokonuje się w sposób zautomatyzowany przez system informatyczny w oparciu o kryteria zawarte w zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. a także dane przedstawione przez oferenta w formularzu ofertowym. Ranking końcowy zawiera wszystkie oferty, które nie zostały odrzucone.

Nadmienić należy, że konkurs ofert nie jest gwarancją przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani gwarancją jej zawarcia. Konkurs ofert jest trybem wyboru oferentów celem zawarcia z nimi umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń. W przypadku gdy będą to nowi oferenci mają oni obowiązek udzielać świadczeń w taki sposób aby świadczeniodawcy mieli do nich dostęp. Ze względu na ograniczone środki finansowe nie zawsze – tak jak i w tym przypadku – da się wyłonić zwycięzców spośród wszystkich uczestników konkursu na warunkach przez nich oferowanych.

Oferty są uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Uszeregowane są malejąco według liczby uzyskanych punktów z oceny. **W końcowej części rankingu umieszcza się oferty, które nie zostaną wybrane, tj. w szczególności takie, co do których nie uzgodniono zbieżnych stanowisk w wyniku negocjacji.**

Ocena oferty Oferenta:

Kryterium cena – 30 pkt (maksymalna możliwa liczba punktów przyznana za kryterium ceny)

Kryterium ciągłość – 10 pkt (maksymalna możliwa liczba punktów przyznana za kryterium ciągłość)

Kryterium jakość 7,5 pkt

Kryterium dostępność 5 pkt

RAZEM = 52,5 pkt

W trakcie negocjacji strony nie ustaliły zbieżnego stanowiska w przedmiocie negocjacji (dot. liczby świadczeń) oraz oferta odwołującego się Oferenta uzyskała mniejszą liczbę punktów od oferentów wybranych do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę powyższe, 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 2005 r. oraz wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy zarządzeniem nr 55/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne 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.

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

z up.
Małopolski Oddział Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
MI
lek. med. Mirosław Gierka

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.