

Szanowny Pan
Jan Woś
Kierownik Niepublicznego Zakładu Opieki
Zdrowotnej Specjal DENT
Ul. Dunajewskiego 5
31 – 133 Kraków

Decyzja

z dnia 7 lutego 2011 r.

nr 260/2011/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 (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), w związku z odwołaniem złożonym przez – **Oferenta Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjal DENT z siedzibą w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5, 31 – 133 Kraków** – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-001292/STM/07/1/07.0000.221.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~reklama~~* w rodzaju LECZENIE STOMATOLOGICZNE, w zakresie ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO UKOŃCZENIA 18 R. Ż.

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 06-11-001292/STM/07/1/07.0000.221.02/1 w rodzaju LECZENIE STOMATOLOGICZNE w zakresie ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO UKOŃCZENIA 18 R. Ż. 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 6 681 768,01 zł. Na podstawie art. 151 ust. 1 cytowanej ustawy w dniu 27 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. Wypełniona została tym samym dyspozycja zawarta 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 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”*.

Dnia 10 stycznia 2010 r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie wpłynęło odwołanie złożone przez Oferenta – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjal DENT z siedzibą w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5, 31 – 133 Kraków, reprezentowanym przez radców prawnych Leszek Świerczek, Dorota Barta – Kancelaria Barta Świerczek, Kancelaria Radców Prawnych Spółka Partnerska, 31 – 130 Kraków, ul. Feldmana 4/4.

Oferent, zgodnie 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.) został powiadomiony o przysługującym mu prawie do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w w/w postępowaniu. Oferent skorzystał 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 sądownoadministracyjnym 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 odwołaniu wskazał przepisy, które jego zdaniem zostały naruszone w toku prowadzonego postępowania.

Oferent wskazał na naruszenie: „art. 134 ustawy, art. 148 ustawy, art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy, art. 142 ust. 6 ustawy, art. 72 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny w związku z art. 155 ustawy.

W związku z powyżej wymienionymi zarzutami, odwołujący się Oferent wniósł o uwzględnienie odwołania oraz ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zważyć należy, że Ofertę odwołującego się Oferenta zakwalifikowano do części niejawniej i przeprowadzono negocjacje z Oferentem. W trakcie negocjacji zajęto rozbieżne stanowisko, co do liczby świadczeń

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

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

„6. Komisja w części niejawniej 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.

7. 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 zgodnie z przyjętą do stosowania procedurą odbywały się dwuetapowo.

W pierwszym etapie negocjacji Oferent wyraża swoje stanowisko w zakresie ceny świadczeń. Jeżeli strony w pierwszym etapie negocjacji dochodzą do porozumienia w zakresie ceny świadczeń, zostaje sporządzony protokół z negocjacji (tzw. protokół częściowy z negocjacji – protokół do dalszych negocjacji) wyrażający zbieżne stanowisko z zakresu ceny świadczeń. Jednakże, jeżeli strony na pierwszym etapie negocjacji (dotyczący ceny świadczeń) nie dochodzą do porozumienia, zostaje sporządzony protokół z negocjacji (tzw. protokół częściowy z negocjacji – protokół do dalszych negocjacji) wyrażający rozbieżne stanowiska stron w zakresie ceny świadczeń.

W tym miejscu należy kategorycznie podkreślić, że powyższy protokół (protokół z negocjacji z danego dnia – tzw. protokół częściowy z negocjacji wyrażający stanowisko rozbieżne) w żaden sposób nie wyklucza możliwości prowadzenia dalszych negocjacji ceny świadczeń, tak, aby strony mogły znaleźć wspólne stanowisko i osiągnąć konsensus. Sporządzenie protokołu częściowego z negocjacji również z rozbieżnym stanowiskiem umożliwia prowadzenie dalszych negocjacji.

Kolejnym etapem negocjacji jest ustalenie liczby świadczeń przy jednoczesnej możliwości negocjacji ceny świadczeń. W tym miejscu komisja konkursowa daje możliwość Oferentowi wypowiedzenia się po raz kolejny w zakresie ustalonej uprzednio ceny świadczeń. Komisja konkursowa każdorazowo kieruje do Oferentów pytanie czy podtrzymują swoje dotychczas wyrażone stanowisko w zakresie ceny świadczeń. Jeżeli Oferent wyrażając uprzednio stanowisko zbieżne, potwierdza dotychczas określoną cenę świadczeń, Komisja konkursowa przyjmuje wolę Oferenta. Natomiast, jeżeli Oferent wyraża wolę zmiany swojego stanowiska, Komisja konkursowa przyjmuje wolę Oferenta i podejmuje dalsze negocjacje w zakresie ceny świadczeń uwzględniając treść § 17 ust. 4 Zarządzenia nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ, który stanowi, że *„Po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.”*

Odnosząc się do zarzutów stawianych przez Oferenta w odwołaniu zważyć należy, że: Komisja Konkursowa weryfikując treść oferty złożonej przez Oferenta Komisja konkursowa stwierdziła nieprawidłowości pomiędzy informacjami zawartymi w części VI formularza ofertowego „SZCZEGÓŁY OFERTY” a odpowiedziami zawartymi w części VIII formularza Ofertowego – „ANKIETY”. Nieprawidłowości te dotyczyły, udzielonej odpowiedzi na pytanie dotyczące udziału personelu pomocniczego w trakcie realizacji świadczeń. Oferent w treści ANKIETY cz. VIII formularza ofertowego, na pytanie: *„Czy w realizacji świadczeń uczestniczy personel pomocniczy – w wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej 50% czasu pracy*

poradni?" udzielił odpowiedzi twierdzącej. Odpowiedź powyższa nie znalazła potwierdzenia w wykazie personelu zawartym w cz. VI formularza ofertowego.

Komisja Konkursowa pismem znak K-2011-STM-Ankiety-Błędy przesłanym do oferenta w dniu 15 listopada 2011 r. wezwała na podstawie § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. z dnia 27 grudnia 2004 r.), który stanowi, że „W toku postępowania komisja konkursowa może żądać od świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania”, do złożenia wyjaśnień w przedmiocie błędnie udzielonych odpowiedzi ankietowych. Oferent potwierdził błędnie udzieloną odpowiedź na powyższe pytanie. Na tej podstawie Komisja Konkursowa zweryfikowała treść odpowiedzi oferenta na odpowiedź zgodną ze stanem faktycznym wykazanym w ofercie. Zważyć należy, że Oferent przygotowując ofertę do postępowania winien uwzględniać udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od początku jej obowiązywania. Oferent winien uwzględniać warunki udzielania świadczeń powstałe na dzień 1 stycznia 2011 r. Ciężko przyznać racje twierdzeniom, że oferent nie wiedział, że przy realizacji świadczeń uczestniczy personel pomocniczy. Trudno wyobrazić sobie, aby oferent przygotowując ofertę zapomniał w jej treści ująć osobę uczestniczącą w realizacji świadczeń, albo nie wiedział, w jakim czasie będzie przyjmował pacjentów tworząc harmonogram pracy poradni, szczególnie, że pytanie ankietowe dotyczyło czasu pracy personelu pomocniczego (również w treści szczegółów oferty – harmonogram pracy personelu pomocniczego jest uwzględniony-oferent winien wskazać czas pracy personelu pomocniczego). Pytanie ankietowe było określone precyzyjnie i wysnuwanie wniosków jakoby, personel pomocniczy samodzielnie udzielał świadczeń, nie znajduje uzasadnienia. Personel pomocniczy uczestniczy w realizacji świadczeń. Pojęcie 'uczestnictwo' jak sama nazwa wskazuje określa uczestnictwo w czymś wraz z innymi. Nie oznacza samodzielnej realizacji świadczeń. Co więcej definicja zawarta w słowniku PWN potwierdza ten stan. Co więcej, Oferent podpisując ofertę potwierdza dane w niej zawarte. Zarzuty stawiane przez odwołującego się nie są zasadne. Komisja konkursowa wykazała maksimum dobrej woli w celu przyjęcia oferty oferenta do dalszego etapu postępowania.

Odnosząc się do kolejnych zarzutów jakoby proces negocjacji naruszył zasady równego traktowania oferentów oraz zachowanie uczciwej konkurencji, podnieść należy, że 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.

Negocjacje zgodnie z przyjętą do stosowania procedurą odbywały się dwuetapowo.

W pierwszym etapie negocjacji Oferent wyraża swoje stanowisko w zakresie ceny świadczeń. Jeżeli strony w pierwszym etapie negocjacji dochodzą do porozumienia w zakresie ceny świadczeń, zostaje sporządzony protokół z negocjacji (tzw. protokół częściowy z negocjacji – protokół do dalszych negocjacji) wyrażający zbieżne stanowisko z zakresu ceny świadczeń. Jednakże, jeżeli strony na pierwszym etapie negocjacji (dotyczący ceny świadczeń) nie dochodzą do porozumienia, zostaje sporządzony protokół z negocjacji (tzw. protokół częściowy z negocjacji – protokół do dalszych negocjacji) wyrażający rozbieżne stanowiska stron w zakresie ceny świadczeń.

W tym miejscu należy kategorycznie podkreślić, że powyższy protokół (protokół z negocjacji z danego dnia – tzw. protokół częściowy z negocjacji wyrażający stanowisko rozbieżne) w żaden sposób nie wyklucza możliwości prowadzenia dalszych negocjacji ceny świadczeń, tak, aby strony mogły znaleźć wspólne stanowisko i osiągnąć konsensus. Sporządzenie protokołu częściowego z negocjacji również z rozbieżnym stanowiskiem umożliwia prowadzenie dalszych negocjacji.

Kolejnym etapem negocjacji jest ustalenie liczby świadczeń przy jednoczesnej możliwości negocjacji ceny świadczeń. W tym miejscu komisja konkursowa daje możliwość Oferentowi wypowiedzenia się po raz kolejny w zakresie ustalonej uprzednio ceny świadczeń. Komisja konkursowa każdorazowo kieruje do Oferentów pytanie czy podtrzymują swoje dotychczas wyrażone stanowisko w zakresie ceny świadczeń. Jeżeli Oferent wyrażając uprzednio stanowisko zbieżne, potwierdza dotychczas określoną cenę świadczeń, Komisja konkursowa przyjmuje wolę Oferenta. Natomiast, jeżeli Oferent wyraża wolę zmiany swojego stanowiska, Komisja konkursowa przyjmuje wolę Oferenta i podejmuje dalsze negocjacje w zakresie ceny świadczeń uwzględniając treść § 17 ust. 4 Zarządzenia nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ, który stanowi, że *„Po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.”*

Oferentom, którym w toku pierwszego etapu negocjacji nie udało się osiągnąć zbieżnego stanowiska ze stanowiskiem Komisji Konkursowej, Komisja Konkursowa składa po raz kolejny propozycję cenową, po uprzednim zapytaniu skierowanym do Oferenta czy podtrzymuje swoje dotychczas wyrażone stanowisko w przedmiocie ceny świadczeń. W tym miejscu Komisja Konkursowa zawsze wyraża wolę porozumienia się z Oferentem w celu osiągnięcia zbieżnych stanowisk.

Negocjacje z odwołującym się Oferentem reprezentowanym przez osoby przez niego upoważnione, odbyły się zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zgodnie z procedurą konkursu ofert i rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosowanej w NFZ. Komisja konkursowa zgodnie z przyjętą procedurą podejmowała czynności mające na celu ustalenie zbieżnego stanowiska w przedmiocie negocjacji.

Komisja Konkursowa w toku prowadzonych negocjacji z oferentem, na pierwszym ich etapie, wypracowała z Oferentem stanowisko zbieżne, jednakże zgodnie z informacją zawartą w treści protokołu z negocjacji (należy podkreślić, że protokół ten nie miał charakteru ostatecznego) oraz z informacją przekazywaną Oferentowi przez członków Komisji Konkursowej, ustalenia te są propozycją skierowaną do Oferenta na dany dzień i na dany moment negocjacji. Oferent miał świadomość, że ustalenia powyższe nie stanowią o zakończeniu negocjacji. Komisja konkursowa rzetelnie informowała Oferenta, że jedynie spisanie **protokołu końcowego z negocjacji, stanowi o ostatecznych ustaleniach zarówno w zakresie ceny jak i liczby świadczeń.** Oferent był informowany, że ranking ofert funkcjonuje w sposób dynamiczny oraz, że dopiero końcowe ustalenia zapadłe w procesie negocjacji z uwzględnieniem wartości punktowej oferty (ocena oferty za kryteria cenowe i niecenowe) predysponują ofertę oferenta do ewentualnego jej ujęcia w rozstrzygnięciu postępowania. Komisja Konkursowa informowała Oferenta również, że w prowadzonym postępowaniu została określona kwota, o której Oferent uprzednio wiedział już na etapie składania oferty, przewidziana na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. **W końcowym etapie negocjacji strony zajęły rozbieżne stanowisko w zakresie liczby świadczeń. Strony podpisały końcowy protokół z negocjacji.** Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje rzetelnie oraz z poszanowaniem wyrażonej w przepisach prawa, zasady równego traktowania oferentów oraz zachowania uczciwej konkurencji. Odróżnić należy protokoły końcowe z negocjacji, które zawierają ostateczne stanowisko stron w procesie negocjacji oraz protokół z negocjacji, który zgodnie z jego zapisami stanowi tylko i wyłącznie o podsumowaniu części spotkania negocjacyjnego i jest propozycją skierowaną do oferenta na dany dzień i na dany moment negocjacji.

Oferent w toku negocjacji przedstawia, co należy podkreślić dobrowolnie swoje stanowisko co do ceny oraz liczby świadczeń. Komisja Konkursowa w żaden sposób nie może wpływać na zmiany ceny przez Oferenta. Wszelkie zmiany dokonywane przez Oferenta winny odbywać się bez wpływu Komisji Konkursowej. Takie działanie gwarantuje poszanowanie zasady uczciwej konkurencji. Oferenci sami między sobą konkurują, co jest bezsprzeczne. Jednocześnie należy

zwrócić uwagę, że negocjacje odbywają się w części niejawnego konkursu ofert. Informacje, które Komisja konkursowa może przekazywać Oferentom, mogą dotyczyć tylko i wyłącznie oferty Oferenta bez uwzględniania ofert innych Oferentów. Podnieść należy pogląd wyrażony dotychczas w piśmiennictwie, że w przypadku postępowań prowadzonych w trybie konkursu ofert lub rokowań, to świadczeniodawcy sami przedstawiają warunki finansowe i stanowi to element konkurencji. W odniesieniu do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonych w trybie konkursu ofert lub rokowań, to sami Oferenci względem siebie są konkurencją. Przedstawiają propozycje cenowe, które mają ściśle odniesienie do własnych kosztów prowadzonej działalności, osiąganych przychodów. W tym miejscu niebagatelne znaczenie ma racjonalizacja kosztów własnych ponoszonych przez Oferenta. To sam Oferent określa czy, dana propozycja cenowa przedstawiona przez Komisję Konkursową w toku negocjacji, spełnia jego oczekiwania i czy jest gotów ją zaakceptować.

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 przystępując do postępowania ma możliwość zaznajomienia się z treścią w/w zarządzenia. Każdorazowa zmiana ceny świadczeń, którą ma możliwość dokonać Oferent, 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).

W tym miejscu należy odnieść się do ceny oczekiwanej. Należy zwrócić uwagę, że pojęciem „ceny oczekiwanej” posługuje się samo zarządzenie nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ. Załącznik nr 2 do w/w zarządzenia definiuje „cenę oczekiwaną”, jako cenę wynikającą z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanym przez Oddział Wojewódzki NFZ. Ponieważ jednym z kryteriów oceny ofert w prowadzonych postępowaniach jest cena to w oparciu o to kryterium cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Suma uzyskanych punktów za poszczególne kryteria przekłada się na miejsce w rankingu końcowym. **Kryteria o których mowa wyżej przyjmują różną punktację oraz zróżnicowane warunki w zależności od rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkretnego postępowania.**

Pozycja w rankingu zostaje wyliczona przez system informatyczny na podstawie informacji zawartych w ofertach i w oparciu o w/w kryteria oceny ofert zawarte w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ. W załączniku nr 1 do w/w zarządzenia w **tab.1.5 leczenie stomatologiczne** określone zostały kryteria oceny ofert właściwe dla oceny ofert złożonych do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Wskazano jednoznacznie, że dla rodzaju świadczeń LECZENIE STOMATOLOGICZNE kryteria oceny ofert to:

- jakość,
- dostępność,
- ciągłość,
- cena.

Ocena oferty poprzez kryterium **KOMPLEKSOWOŚĆ** nie jest dokonywana w postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Żadna z ofert w tych postępowaniach nie jest oceniana poprzez kryterium „kompleksowość”.

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. Wynik kontroli rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2009 r. i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym (-5 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.**

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 nadmienić 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.

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.

Oferta oferenta uzyskała:

w kryterium ceny – 30 pkt
kryterium ciągłość – 10 pkt
kryterium jakość – 15 pkt
kryterium dostępność – 7,5 pkt

RAZEM = 62,5 pkt

Komisja konkursowa dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu.

Odwołujący się Oferent Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Specjal DENT z siedzibą w Krakowie, ul. Dunajewskiego 5, 31 – 133 Kraków uzyskał niższą ocenę w rankingu od wybranych oferentów, a także podpisał końcowy protokół z negocjacji – protokół rozbieżności, co oznacza, że oferta w/w Oferenta nie została wybrana i nie zostanie z nim zawarta umowa 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.

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Barbara Bulańska

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.