

Kraków, dnia 31 stycznia 2011 r.

Szanowny Pan
Witold Golemo
Dyrektor Mościckiego Centrum
Medycznego Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Tarnowie
ul. Kwiatkowskiego 15
33 – 101 Tarnów

Decyzja

z dnia 31 stycznia 2011 r.

nr 120/2011/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 - Mościckie Centrum Medyczne Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, ul. Kwiatkowskiego 15, 33 – 101 Tarnów, od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-001272/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rekrutacji~~* 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. 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.).

Oferent złożył ofertę do postępowania o w/w numerze.

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”. (podpisany i złożony do oferty załącznik nr 2 do zarządzenia nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ).

Dnia 28 grudnia 2010 r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie wpłynęło odwołanie złożone przez Oferenta Mościckie Centrum Medyczne Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, ul. Kwiatkowskiego 15, 33 – 101 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.

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 sądowo administracyjnym 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 bezpośredniość 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".

Odwołujący się Oferent podniósł w odwołaniu, że w przedmiotowym postępowaniu doszło do naruszenia przepisów:

„a.) art. 148pkt 1 i pkt 2 ustawy o świadczeniach, a to poprzez porównanie oferty Odwołującego z pominięciem wykazanej w niej ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń, kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją; oraz z pominięciem ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej jak też kalkulacji kosztów;

b.) art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, a to poprzez naruszenie reguły wyboru oferty lub większej ilości ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.”

Zważyć należy, że po rozpoznaniu ofert w części jawnej, Komisja Konkursowa uznała ofertę odwołującego Oferenta jako spełniającą warunki formalne i nie podlegającą odrzuceniu.

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 zawarte niżej ,odpowiednio dla miejsca udzielania świadczeń:

- Poradnie Specjalistyczne, Poradnia Stomatologiczna, kod res. VIII 018, ul. Kwiatkowskiego 15, 33 – 101 Tarnów,

treść pytania: „Czy liczba dni pracy przynajmniej jednego lekarza w poradni do godziny 18 wynosi powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego?”

odpowiedź Oferenta „Tak”,

odpowiedź zgodna ze stanem faktycznym wykazanym w ofercie „Nie”

Powyższa odpowiedź na pytanie ankietowe nie znalazła odzwierciedlenia w stanie faktycznym wykazanym w ofercie. Biorąc pod uwagę powyższe Komisja Konkursowa w części jawnej postępowania, 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”, wezwała Oferenta, pismem z dnia 15 listopada 2010 r. do złożenia wyjaśnień w przedmiocie błędnie udzielonej odpowiedzi ankietowej. Oferent potwierdził błędnie udzieloną odpowiedź na wskazane wyżej pytanie. Na tej podstawie Komisja Konkursowa zweryfikowała treść odpowiedzi udzielonej przez Oferenta na powyższe pytanie, na odpowiedź zgodną ze stanem faktycznym wykazanym w ofercie. Odpowiedź nie mające potwierdzenia w wykazie personelu, wykazie sprzętu, w części VI formularza ofertowego - „SZCZEGÓŁY OFERTY” - spowodowała obniżenie ogólnej punktacji w rankingu.

Komisja konkursowa w dniu 16 listopada 2010 r. skierowała do Oferenta pismo stanowiące „WEZWANIE DO POTWIERDZENIA DANYCH ANKIETOWYCH – DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH” celem potwierdzenia poprawności udzielonych odpowiedzi na pytania zawarte w części VIII formularza ofertowego „ANKIETY”. Odpowiedzi na pytania ankietowe dotyczące dostępu dla osób niepełnosprawnych zostały pozytywnie potwierdzone przez Oferenta.

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 niejawnego 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 niejawnego 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 zgodnie z przyjętą do stosowania procedurą odbywały się dwuetapowo. Negocjacje odbyły się zgodnie z prawem.

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.

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:

- endometr – w miejscu udzielania świadczeń pkt 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.

Za kryterium jakość oferent uzyskał 10,833 pkt. (oferent nie zapewnia aparatu RTG w lokalizacji, oferent nie zapewnia endometru)

Za kryterium ceny oferent uzyskał 30 pkt. czyli maksymalną liczbę punktów możliwą do osiągnięcia w ocenie oferty za to kryterium.

Za kryterium ciągłość oferent uzyskał 10 pkt. czyli również maksymalną liczbę punktów możliwa do osiągnięcia w ocenie oferty za to kryterium.

Za kryterium dostępność oferent uzyskał 5 pkt.

Porównanie ofert w postępowaniu wbrew twierdzeniom Odwołującego się Oferenta zostało przeprowadzone zgodnie z prawem.

Odnosząc się do podnoszonego przez Oferenta twierdzenia, że „ogromnym atutem przychodni Odwołującego jest dostępność do świadczeń, wynikająca m.in. z jej usytuowania – obok największego w regionie tarnowskiego zakładu pracy, czyli Zakładów Azotowych, gdzie pracuje część pacjentów, a ponadto bardzo blisko osiedla przyfabrycznego, gdzie mieszka większość pacjentów Odwołującego, przeważnie byłych pacjentów tej fabryki” należy zważyć, że w kryteriach oceny ofert dostępność oceniana jest poprzez harmonogram pracy oraz dostępność dla osób niepełnosprawnych ruchowo. W kryterium tym ocena oferty oferenta nie jest oceniana poprzez bliską lokalizację miejsc pracy pacjentów.

W tej sytuacji zarzut oferenta dotyczący niewłaściwej oceny oferty oferenta z pominięciem kryteriów ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń nie jest zasadna. Nie doszło do naruszenia art. 148 pkt 1 i pkt 2 oraz art. 142 ust. 5 pkt. 1 ustawy o świadczeniach. Punktacja została przyznana Oferentowi prawidłowo.

Nadmienić należy, że konkurs ofert nie jest gwarancją przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani gwarancją jej zawarcia, a 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.

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 należyście zabezpieczyć świadczenia opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców.

Podpisanie protokołu końcowego z negocjacji jest równoznaczne z zakończeniem czynności negocjacji podejmowanych w toku postępowania konkursowego.

Komisja Konkursowa traktowała każdego oferenta jednakowo i żaden z Oferentów nie miał możliwości wyrażenia swoich ostatecznych stanowisk kilkakrotnie.

Komisja Konkursowa w toku prowadzonych negocjacji, na pierwszym ich etapie, wypracowała z Oferentem stanowisko zbieżne zarówno w zakresie ceny jak i liczby świadczeń (oferent zaproponował wartości liczbowe), 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, poprzez zmiany cen w ofertach innych oferentów oraz, że dopiero końcowe ustalenia zapadłe w procesie negocjacji predysponują ofertę oferenta do ewentualnego ujęcia jej 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.

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 – 10,833 pkt

kryterium dostępność – 5 pkt

RAZEM = 55,833 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 Mościckie Centrum Medyczne Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie, ul. Kwiatkowskiego 15, 33 – 101 Tarnów, 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.



Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie
Piotr Kurowski

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.