

MOF-1142 P-844/MCU/11

Kraków, dnia 28 STY 2011...

**Miejsko-Gminne  
Centrum Medyczne WOL-MED  
ul. Skalska 22  
32 – 340 WOLBROM**

Decyzja z dnia 28 STY 2011

Nr 518/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 Miejsko-Gminne Centrum Medyczne WOL-MED, Wolbrom, ul. Skalska 22 w dniu 22.12.2010 r., – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000158/AOS/02/1/02.1220.001.02/1 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 neurologii w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2013 r.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 6 ofert.

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

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 22.12.2010 r. do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie wpłynęło odwołanie Miejsko-Gminnego Centrum Medycznego WOL-MED, Wolbrom, ul. Skalska 22 dotyczące Bukowna jako miejsca udzielania świadczeń.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odwołaniu zarzucono naruszenie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 134 ust. 1 w zw. z art. 142 ust 5 pkt 1 i ust. 6 pkt 2 w zw. z art. 148 pkt 1 w zw. z art. 149 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez brak zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzenie postępowania w sposób nie dający gwarancji zachowania uczciwej konkurencji na skutek prowadzenia negocjacji z oferentami w różnych terminach uprzywilejowując tym samym w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej oferentów negocjujących później, nie zastosowanie tym samym sankcji w postaci odrzucenia ofert oferentów stosujących praktyki dumpingowe, a także wybór oferty, która nie zapewnia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowości i dostępności oraz nie przedstawiają najkorzystniejszego bilansu ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Dodano ponadto m.in., że w ocenie Odwołującego wybrani w toku postępowania oferenci nie

mogą zapewnić ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowości i dostępności na terenie Miasta Bukowno, gdyż z Poradni Neurologicznej korzysta ponad 605 pacjentów, którym w 2010 r. udzielono ponad 1177 świadczeń. Poradnia po roku działalności i znacznych nakładach związanych z przystosowaniem i wyposażeniem pomieszczeń, cieszy się dobrą opinią i dużą popularnością wśród pacjentów. Wskazano, że pacjenci Poradni zostaną nagle pozbawieni możliwości korzystania ze „swojej” poradni i zmuszeni będą kontynuować leczenie w oddalonych o co najmniej kilkanaście kilometrów poradniach.

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 w dniu 21 stycznia 2011 zaznajomił się w/w materiałami postępowania.

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

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut naruszenia art. 148 pkt 1, art. 142 ust 5 pkt 1 i ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-11-000158/AOS/02/1/02.1220.001.02/1 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:

- a) możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
  - b) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
  - c) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
  - d) wymagania formalne;
- 3) badając ofertę z punktu widzenia dostępności - oceniano w szczególności:
- a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
  - b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
  - c) 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 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 42,596 pkt (Bukowno). 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	6,25
3.	Jakość	16,346
4.	Dostępność	5
5.	Kompleksowość	0

Komisja konkursowa, zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy w celu ustalenia liczby i ceny planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi oferentami zakwalifikowanym do części niejawnego postępowania, tj. których oferty spełniają stawiane wymagania i nie zostały odrzucone.

Komisja konkursowa w dniu 2.12.2010 r. przeprowadziła z Odwołującym negocjacje, w wyniku których strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 8,50 (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) oraz liczbę świadczeń w wymiarze 5 089 pkt (Bukowno). Odzwierciedleniem dokonanych ustaleń jest podpisany przez oferenta i komisję konkursową protokół końcowy z negocjacji.

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.

W rankingu końcowym oferta Odwołującego sklasyfikowana została na 7 miejscu. Oferta uzyskała 42,596 pkt (Bukowno) (tyle samo ile w rankingu otwarcia, gdyż w trakcie negocjacji nie zmieniono ceny - tj. jedyne go elementu oferty, który mógł być zmieniony w trakcie negocjacji i ma wpływ na ocenę oferty), w tym za poszczególne kryteria oceny:

### Ocena oferty Odwołującego- ranking końcowy

LP.	Kryterium oceny	Uzyskana wartość punktowa
1.	Oferta cenowa	15
2.	Ciągłość	6,25
3.	Jakość	16,346

4.	Dostępność	5
5.	Kompleksowość	0

Komisja konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 ustawy dokonała wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Komisja w rozstrzygnięciu uwzględniła wybrane oferty tj. oferty (w odniesieniu do konkretnych miejsc udzielania świadczeń), które w rankingu końcowym zajęły miejsca od 1 do 3. Oferty, te uzyskały najwyższą ilość punktów.

Dokonanie wyboru powyższych ofert wyczerpało środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania, w sposób uniemożliwiający wybranie następnej/yh w rankingu końcowym oferty/ofert.

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, a także punktacja, jaką uzyskali pozostali oferenci biorący udział w postępowaniu.

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 uzyskały wyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut naruszenia przez komisję konkursową art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. 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. Ponadto dodać należy, że zgodnie z §1 w/w zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. badając ofertę z punktu widzenia kryterium ceny, ocenia się 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. Wszyscy Oferenci mieli więc wiedzę, że ewentualna zmiana ceny w trakcie negocjacji spowoduje zmianę globalnej oceny oferty, a tym samym może wpłynąć na miejsce oferty w tzw. rankingu końcowym, sporządzanym po zakończeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami. 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.

Niezasadny jest także zarzut naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przedmiotowym postępowaniu nie było podstaw faktycznych do odrzucenia ofert z powodu zaproponowania w ofertach rażąco niskiej ceny, co było przedmiotem oceny komisji konkursowej. Żadna z cen stanowiących końcowy wynik negocjacji i która podlegała punktacji w tzw. rankingu końcowym, który stanowi podstawę do dokonania wyboru ofert, nie była niższa od ceny oczekiwanej więcej niż 10%. Oferenci przedstawiając propozycje cenowe odnoszą je do własnych kosztów prowadzonej działalności, osiąganych przychodów. Niebagatelne znaczenie ma również racjonalizacja kosztów własnych ponoszonych przez Oferentów. W związku z powyższym nie znajduje uzasadnienia zarzut naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 4 w/w ustawy.

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 interesy prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania

Zweryfikował: ..... finansowych  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie  
Piotr Kurowski

**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.