

ZARZĄDZENIE Nr 3/2014/DSOZ
PREZESA
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 23 stycznia 2014 r.

**w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia
umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2, w zw. z art. 102 ust. 5 pkt 25 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.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Oceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów:

- 1) jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** – ocenianej w szczególności poprzez:
- a) kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
 - b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - c) zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3,
 - d) ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,
 - e) wyniki ostatniej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z uwzględnieniem ewentualnych zastrzeżeń wniesionych do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do wystąpienia pokontrolnego. Wyniki kontroli odnoszą się

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278, Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 107, poz. 679, Nr 165, poz. 1116, Nr 127, poz. 857, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578, Nr 257, poz. 1723, Nr 182, poz. 1228, Nr 257, poz. 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1624 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24.

do całego okresu obowiązywania umowy zawartej na realizację świadczeń w danym zakresie świadczeń, obowiązującej w roku poprzedzającym rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) **zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** – rozumianej jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ocenianej w szczególności poprzez:

- a) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
- b) dostęp do badań i zabiegów,
- c) posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- d) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;

3) **dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej** – ocenianej w szczególności poprzez:

- a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
- b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
- c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;

4) **ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - rozumianej jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów – ocenianej w szczególności poprzez:

- a) organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,

b) realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

5) **ceny świadczeń opieki zdrowotnej** – ocenianej 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.

2. Kryterium certyfikatu systemu zarządzania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c jest spełnione, jeśli certyfikat systemu zarządzania:

- 1) ma zastosowanie w przedmiocie, na który złożono ofertę;
- 2) obejmuje lokalizację (miejsce udzielania świadczeń) wskazaną w ofercie;
- 3) jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 4) jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża „Zdrowie i opieka społeczna” zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G *Katering* zgodnie z ISO/TS 22003), udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji²⁾ lub przez równorzędny podmiot zagraniczny³⁾ i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej.

3. Kryterium certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia⁴⁾, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c jest spełnione, jeśli:

- 1) certyfikat jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 2) w dniu złożenia oferty świadczeniodawca posiada decyzję potwierdzającą przyznanie certyfikatu (legitymowanie się kopią decyzji jest równoznaczne z posiadaniem certyfikatu).

²⁾ Krajową jednostką akredytującą upoważnioną do akredytacji jednostek certyfikujących jest Polskie Centrum Akredytacji, na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności (Dz. U. z 2010 r. Nr 138, poz. 935, z późn. zm.)

³⁾ Przez równorzędny podmiot zagraniczny rozumie się podmiot z akredytacją jednostki akredytującej innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, która to jednostka akredytująca wykazuje zgodność z wymaganiami odpowiedniej normy zharmonizowanej oraz wymaganiami określonymi w art. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 765/2008 z dnia 9 lipca 2008 r., ustanawiającego wymagania w zakresie akredytacji i nadzoru rynku odnoszące się do warunków wprowadzania produktu do obrotu i uchylającego rozporządzenie (EWG) nr 339/93 (Dz. UE.L.218 z 13.08.2008, str. 30-47), potwierdzoną pomyślną oceną wzajemną przeprowadzoną na podstawie art. 10 tego rozporządzenia.

⁴⁾ Certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia wydawany przez Centrum Monitorowania Jakości na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418, z późn. zm.).

4. Szczegółowe parametry kryteriów oceny, o których mowa w ust. 1 pkt 1–4 oraz waga poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne rodzaje lub zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

5. Sposób dokonywania oceny ofert pod względem kryterium ceny, dla wszystkich rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, jest określony w załączniku nr 2 do zarządzenia.

6. Oceny ofert, według kryteriów określonych w ust. 1–3, dokonuje się odrębnie dla każdego oferowanego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego postępowania.

§ 2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 3, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 3. Z dniem 31 grudnia 2013 r. traci moc zarządzenie Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 4. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2014 r.

**Zastępca Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
ds. Medycznych**

Marcin Pakulski