

HOI-UM2-0-1115/140111

Kraków, dnia 03 LUT 2011

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Poradnia Lekarska Ogólna – Rojek, Marczuk,  
Jedynak, Marchewka, Cina Sp. jawna  
ul. M. B. Bolesnej 10  
34-600 Limanowa

Decyzja z dnia 03 LUT 2011  
Nr. 635/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 Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Poradnia Lekarska Ogólna - Rojek, Marczuk, Jedynak, Marchewka, Cina Sp. jawna w Limanowej w dniu 18.12.2010 r. – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000060/AOS/02/1/02.1280.001.02/1 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 reumatologii w sprawie zawarci umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2013 r.

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 5 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 18.12.2010 r. do MOW NFZ w Krakowie wpłynęło odwołanie Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Poradnia Lekarska Ogólna - Rojek, Marczuk, Jedynek, Marchewka, Cina Sp. jawna w Limanowej.

Odwołanie zostało wniesione w terminie. Ponadto, w dniu 18 stycznia 2011 r. od ww. Oferent uzupełnił odwołanie, jednakże ze względu na fakt, iż uzupełnienie zostało wniesione po terminie, argumenty zawarte w piśmie nie zostały uwzględnione.

W odwołaniu Odwołujący wskazał, że w następstwie rozstrzygnięcia konkursu uszczerbku doznał jego interes prawny. W odwołaniu wskazano m.in., że w protokole końcowym stwierdzono, że oferta nie zostanie wybrana ze względu na rozbieżność stanowisk tj. liczby i ceny świadczeń. Wskazano ponadto, że propozycja NFZ wynosi 0, ponieważ oferta nie spełnia minimalnych wymagań harmonogramu określonych w § 10 ust. 4 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 62/2009/DSOZ, a jednocześnie w postępowaniu złożone zostały oferty spełniające powyższy warunek, co oznacza brak uzasadnienia dla akceptacji harmonogramu nie spełniającego tego wymogu. W proteście z dnia 14.12.2010 r., Odwołujący zaproponował harmonogram świadczeń opieki reumatologicznej w ilości 12 godzin tygodniowo rozłożonej na 3 dni w tygodniu po 4 godziny. Nieuwzględnienie protestu doprowadziło do naruszenia wynikającej z art. 134 ustawy zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz zachowania podczas postępowania uczciwej

konkurencji. Ponadto naruszenie przepisu art. 148 poprzez nieuwzględnienie przy porównaniu w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń, kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów. Odwołujący zaznaczył również, że w ślad za głównym założeniem swobodnego dostępu pacjenta do specjalisty wskazano potwierdzenie pełnienia tej funkcji przez prowadzony zakład w rzeczywistości tj. jego położenie oraz dogodny dostęp dla populacji wynoszącej około 20 000 mieszkańców miasta i okolicznych terenów wiejskich. Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń reumatologicznych na terenie działania przychodni jest znacznie wyższa aniżeli innych przychodni w Polsce. Wynika to w głównej mierze z górzystości terenu i wynikającego z niej wysokiego wskaźnika schorzeń przewlekłych układu ruchu. Dodano, że na terenie powiatu limanowskiego dokonano wyboru 1 oferenta z miejscem udzielania świadczeń w Mszanie Dolnej, co powoduje ograniczenie dostępności do świadczeń z tego zakresu. Odwołujący opisał działalność oraz specyfikę placówki oraz podkreślił, że usługi medyczne w zakresie reumatologii wykonywane są w ramach kontraktu w przychodni Odwołującego od początku kontraktowania świadczeń w zakresie opieki specjalistycznej. Odwołujący wskazał, że nie znane i niezrozumiałe są kryteria i pobudki, którymi kierowała się komisja przy wyborze oferentów. Wskazano, że interes prawny Odwołującego doznał uszczerbku w wyniku naruszenia zasad prowadzenia postępowania, które określił prawodawca, tj. w szczególności: równe traktowanie świadczeniodawców, niezmienność warunków podlegających ocenie w toku postępowania oraz przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur.

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 zaznajomił się ze zgromadzonymi materiałami w sprawie w dniu 12.01.2011 r.

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

Niezasadny jest zarzut nie znane są kryteria, którymi kierowała się komisja przy wyborze ofert. Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-11-000060/AOS/02/1/02.1280.001.02/1 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.

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”*.

Warunki te nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Oferta Odwołującego nie została wybrana w rozstrzygnięciu postępowania celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy bowiem podkreślić, że zgodnie z § 10 ust. 4 zarządzenia 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 harmonogram pracy świadczeniodawcy powinien m. in. spełniać warunek: poradnia specjalistyczna czynna nie krócej niż trzy razy w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych w przedziale czasowym między godz. 7:30 a 14, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych w przedziale czasowym między 14 a 20, chyba że w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy strony przyjmą harmonogram pracy poradni, odpowiadający liczbie świadczeń.

Na podstawie w/w przepisu komisja konkursowa podczas negocjacji nie przyjęła więc harmonogramu pracy poradni, ponieważ oferta nie spełniała minimalnych wymagań harmonogramu określonych w § 10 ust. 4 w/w zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ, a jednocześnie w postępowaniu złożone zostały oferty spełniające powyższy warunek, co oznaczało brak uzasadnienia dla akceptacji harmonogramu nie spełniającego w/w wymogu. Powyższe stanowisko komisji zostało zawarte w końcowym protokole z negocjacji i dodatkowo zostało szczegółowo omówione z Odwołującym.

Jeszcze raz podkreślić więc należy, że Odwołujący przygotowując ofertę znał treść wyżej przytoczonego § 10 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 62/2009/DSOZ, co potwierdza jego oświadczenie, zgodnie z którym „zapoznał się z warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania” (oświadczenie zgodne ze wzorem określonym w zał. nr 2 do zarządzenia Nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r.) które to oświadczenia przedłożył do oferty. Skoro tak, to znane było mu też zastrzeżenie, że harmonogram pracy świadczeniodawcy powinien spełniać w/w warunek dot. harmonogramu, chyba że w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy strony przyjmą harmonogram pracy poradni, odpowiadający liczbie świadczeń. Zgodnie z tym przepisem, aby przyjąć harmonogram nie spełniający w/w warunku potrzebna jest zgoda obu stron postępowania, a więc także Funduszu reprezentowanego przez komisję konkursową. W przedmiotowym postępowaniu komisja konkursowa, nie wyraziła zgody na przyjęcie harmonogramu niespełniającego w/w warunku, ponieważ w postępowaniu złożone zostały oferty spełniające powyższy warunek, co oznaczało brak uzasadnienia dla akceptacji harmonogramu niespełniającego w/w wymogu.

Konsekwencją powyższego było podpisanie przez strony końcowego protokołu z negocjacji zawierającego rozbieżne stanowiska stron co do liczby i ceny, co z kolei spowodowało, że oferta nie została wybrana do zawarcia umowy w rozstrzygnięciu postępowania, zgodnie z informacją zawartą w protokole negocjacji.

Przyjęte przez komisje jednolite zasady postępowania w powyższych przypadkach były stosowane wobec wszystkich Oferentów biorących udział w postępowaniu.

Zgodnie z art. 142 ust. 5 ustawy w części niejawniej konkursu ofert komisja może:

- 1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia;
- 2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie tego przepisu komisja konkursowa dokonała wyboru ofert celem zawarcia umowy w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, spośród Oferentów którzy zapewniali dostępność co najmniej na poziomie wskazanym w § 10 ust. 4 zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dokonanie wyboru zostało zaś poprzedzone porównaniem ofert, zgodnie kryteriami określonymi w art. 148 ustawy oraz 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.)

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, bowiem na przedmiotowy konkurs ofert złożono oferty, które zapewniały dostępność co najmniej na poziomie wskazanym w § 10 ust. 4 zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, uzyskały najwyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

Biorąc powyższe pod uwagę, należy stwierdzić, że niezasadny jest zarzut naruszenia art. 134 ustawy gdyż – jak już wyżej wspomniano - jednolite zasady postępowania w powyższych przypadkach były stosowane wobec wszystkich Oferentów biorących udział w postępowaniu.

Ponadto dodać należy, że oceny spełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 komisja dokonuje na podstawie złożonej przez Oferenta oferty. Komisja nie mogła więc uwzględnić oświadczenia Oferenta zawartego w proteście z dnia 10 grudnia 2010r., zgodnie z którym Oferent zaproponował harmonogram pracy poradni w ilości 12 godzin tygodniowo, rozłożony na 3 dni w tygodniu po 4 godziny. Zgodnie bowiem z § 17 ust. 4 zarządzenia 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 po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Biorąc powyższe pod uwagę zmiana harmonogramu pracy personelu stanowi niedopuszczalną przez regulacje prawne zmianę oferty i nie mogła być wzięta przez komisję konkursową pod uwagę przy dokonywaniu w/w oceny oferty. Zgodnie zaś z § 17 ust. 1 uzupełnienie oferty jest możliwe tylko pod warunkiem, że oddział Funduszu otrzyma pisemne powiadomienie o uzupełnieniu oferty przed upływem terminu składania ofert, który w przedmiotowym postępowaniu był wyznaczony na dzień 11 października 2010r. W tym terminie Oferent nie uzupełnił oferty.

Biorąc powyższe pod uwagę, postępowanie komisji konkursowej było zgodne z przepisami ustawy, wydanym 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 oraz 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.

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

*z up.*  
p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie  
*M. Gierka*  
lek. med. Mirosław Gierka

**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.