

Kraków, dnia 03.02.2011

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
„Szpital Miejski w Rabce Zdroju” Sp. z o.o.
ul. Słoneczna 3
34 – 700 RABKA ZDRÓJ

Decyzja z dnia 03 02 2011
Nr..... 646/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 „Szpital Miejski w Rabce Zdroju” Sp. z o.o. Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3 w dniu 21.12.2010 r. - od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11000675/AOS/02/1/02.1200.001.02/1 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 dermatologii i wenerologii w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2013r.

W przedmiotowym postępowaniu zostały 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 21.12.2010 r. do MOW NFZ w Krakowie wpłynęło odwołanie złożone przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Szpital Miejski w Rabce Zdroju” Sp. z o.o. Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odwołaniu Odwołujący wniósł o ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii. W odwołaniu wskazano m.in., że oferent spełnił wszystkie warunki wymagane i rankingujące. Dodano, że na obszarze działania świadczeniodawcy występuje wysokie zapotrzebowanie na świadczenia przez niego udzielane. Zdaniem Odwołującego dokonanie wyboru tylko 4 z ponad kilkunastu świadczeniodawców nie daje podstaw do uznania, że MOW NFZ w Krakowie zapewnił równy i powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich pacjentów. Odwołujący zarzucił, że podstawą oceny ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu, a w konsekwencji wyboru najkorzystniejszej oferty, były odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie wchodzącej w skład formularza ofertowego. Odwołujący wskazał, że odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie nie były w większości przypadków weryfikowane przez MOW NFZ w Krakowie pod kątem ich zgodności ze stanem faktycznym. Zaznaczono, że w takich warunkach świadczeniodawca nie ma jakiegokolwiek pewności, że oferty złożone przez innych świadczeniodawców były zgodne ze stanem faktycznym i wypełniały wymogi określone zarządzeniami Prezesa NFZ. Wskazano, że oferent nie ma żadnych mechanizmów, które pozwoliłyby mu na weryfikację ofert złożonych przez innych świadczeniodawców. Ponadto zdaniem świadczeniodawcy brak weryfikacji niektórych złożonych ofert przy równoczesnym weryfikowaniu innych powodował, że MOW NFZ w Krakowie nie zapewnił równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i tym samym naruszono art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto świadczeniodawca wniósł o szczegółowe przedstawienie ilości otrzymanych punktów przez świadczeniodawców wyłonionych do zawarcia umowy w każdym ocenianym zakresie. Ponadto Odwołujący

wniósł o wyjaśnienie i uzasadnienie przyznanej im punktacji w każdym ocenianym zakresie. Wskazał, że uzyskanie tych informacji pozwoli mu na rzetelną ocenę prawidłowości prowadzonego postępowania i rozważenia zasadności wniesienia odwołania do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia od ewentualnej decyzji oddalającej odwołanie.

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 24.01.2011 roku. Odnosząc się do przedstawionego rankingu końcowego w zakresie dot. oferty Odwołującego wskazano, że wobec nie doręczenia Odwołującemu „szczegółowego rankingu oceny oferty” nie jest on w stanie sprawdzić prawidłowości przeprowadzenia postępowania konkursowego. Dodano, że z rankingu końcowego wynika, że nie uwzględniono oferty cenowej Szpitala Miejskiego w wysokości 7,65zł zgodnie z protokołem końcowym z dnia 8 grudnia 2010r., natomiast w rankingu końcowym MOW NFZ przedstawił cenę 8,20zł przez co Szpital Miejski za ofertę cenową uzyskał 20, 294 pkt zamiast 30 pkt. Odwołujący ponownie zażądał przeliczenia punktacji wszystkich ofert. Oferent zaznaczył, że wbrew jego wnioskowi nie udostępniono mu do wglądu ofert innych uczestników postępowania, ani szczegółowych rankingów tych ofert.

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

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-11000675/AOS/02/1/02.1200.001.02/1 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”.

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

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.

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 komisję jednolite zasady postępowania w powyższych przypadkach były stosowane wobec wszystkich Oferentów biorących udział w postępowaniu.

Zgodnie z art. 142 ust. 5 ustawy w części niejawnej 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 4 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.)

Fundusz dysponuje ograniczonymi środkami finansowymi, w taki sposób, aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty w zakresie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom. 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.

Niezależnie od powyższego należy stwierdzić, że nieprawdziwe są twierdzenia Odwołującego, że jego oferta spełnia wszystkie wymagania rankingujące. Warunki dodatkowo oceniane (tzw. rankingujące) w zakresie zostały określone w załączniku nr 3 część a) „Wymagania dotyczące świadczeniodawców realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych” do zarządzenia Prezesa NFZ 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. Tymczasem w cz. VIII formularza ofertowego Oferent udzielił odpowiedzi negatywnych lub ocenianych niżej niż maksymalnie na pytania ankietowe numer:

- 1.3.1.1. - dot. czasu pracy poradni
- 1.4.1.1., 1.4.1.2., 1.4.1.3. – dot. sprzętu
- 1.5.1.1., 1.5.1.2. – dot. certyfikatów jakości
- 1.7.1.1., 1.7.1.2., 1.7.1.3. – dot. dostępu dla niepełnosprawnych

Ustosunkowując się do zarzutów Odwołującego, że w rankingu końcowym nie uwzględniono oferty cenowej Odwołującego w wysokości 7,65zł zgodnie z protokołem końcowym z dnia 8 grudnia 2010r., należy stwierdzić, że w przedmiotowym przypadku zmiana punktacji cenowej - jak wskazano powyżej - nie miała znaczenia dla nie dokonania wyboru oferty. Oferta cenowa ze spotkania negocjacyjnego nie została uwzględniona w rankingu końcowym ponieważ nie została ona uzgodniona przez dwie strony, tj. Oferenta i komisję konkursową. Końcowy protokół z negocjacji podpisany w dniu 8 grudnia 2010r. był protokołem rozbieżnym gdyż propozycja cenowa i ilościowa Funduszu – z wyżej opisanych powodów – wynosiła 0 zł i 0 pkt. Informujemy, że oferty z protokołami rozbieżnymi są umieszczane przez system informatyczny na ostatnich pozycjach w rankingu końcowego niezależnie od ich oceny punktowej (w tym ceny) w celach informacyjnych.

Należy także dodać, że niezasadny jest także zarzut Odwołującego naruszenia art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach. Przystępując do postępowania strony mogły zapoznać się z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz kryteriami oceny ofert, które były jednakowe dla wszystkich podmiotów biorących w nim udział. Ponadto dodać należy, że zgodnie z § 6 ust. 2 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 2004r.) komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy. Komisja korzystając z w/w uprawnień zagwarantowanych jej na podstawie przepisów prawa nie naruszyła zasady równego traktowania świadczeniodawców. W celu zapewnienia równego traktowania świadczeniodawców komisja prowadziła postępowanie ściśle zgodnie z zapisami *Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* obowiązującej w NFZ, bez odstępowania od jej elementów. W szczególności weryfikacja danych przedstawionych w ofertach polegała na weryfikowaniu kwalifikacji personelu pod względem zgodności z odpowiednimi wymaganiami, weryfikacji harmonogramów personelu w celu wykluczenia ich nakładania się (tzw. konflikt personelu), weryfikacji udzielonych odpowiedzi ankietowych poprzez ich porównanie z innymi częściami formularza ofertowego oraz załącznikami do oferty, a w przypadkach wymagających wyjaśnień żądaniu przedłożenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane przez oferentów w toku postępowania. Wszystkie powyższe działania były wykonane w sposób jednolity w stosunku do wszystkich ofert. Fundusz we wszystkich powyższych działaniach dochował należytej staranności, przy przestrzeganiu zasady równego traktowania świadczeniodawców.

Niezasadny jest również wniosek Odwołującego o udostępnienie danych wszystkich złożonych w postępowaniu ofert, ponieważ porównanie ofert następuje – zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy – w części niejawnego postępowania i związku z tym nie podlegają one ujawnieniu poszczególnym oferentom. Jednocześnie należy dodać, że przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpatrującego odwołanie jest badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego wskutek naruszenia zasad postępowania. Przedmiot badania jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu (Odwołującego) i do określonych czynności komisji podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Kompletna dokumentacja sporządzona w toku postępowania konkursowego dotycząca oferty Odwołującego została mu przedstawiona na podstawie art. 10 kpa w dniu 24 stycznia 2011r.

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 interesu prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania

z up.
p.o. Z-ca Dyrektora Oddziału Małopolskiego
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.