

Kraków, dnia 17 stycznia 2011r.

Szanowna Pani  
dr med. Aleksandra Kubinyi  
Kierownik  
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
Beluga -Med  
ul. Obopólna 4A  
30-069 KRAKÓW

**Decyzja**  
**z dnia 17 stycznia 2011 r.**  
**nr 17/LSZ/2011**

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta – Centrum Medyczne Beluga-Med NZOZ, 30-069 Kraków, ul. Obopólna 4A w dniu 29 grudnia 2010 roku od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000942/LSZ/03/1/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rokowań~~\* w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie: kardiologia - hospitalizacja

~~uwzględniam/oddalam\*~~ odwołanie

---

\* niepotrzebne skreślić

## UZASADNIENIE

Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 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.), 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 ustawy. W myśl art. 154 ust. 1, 2 i 4 ustawy, Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołanie, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta odwołującego się o prawie zapoznania się z materiałami przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2000 roku Nr 98 poz. 1071). Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Z wyż. cyt. przepisów wynika, że przedmiotem rozstrzygnięcia organu rozpoznającego odwołanie jest badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego się wskutek naruszenia zasad postępowania. Przedmiot badania jest zatem skonkretyzowany do określonego podmiotu (Odwołującego się) i do określonych czynności komisji podejmowanych w stosunku do tego podmiotu. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą wystąpić łącznie.

W dniu 15 września 2010 roku Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert nr 06-11-000942/LSZ/03/1/1 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: kardiologia – hospitalizacja na obszarze grupy powiatów określonych szczegółowo w ogłoszeniu dotyczącego zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej na tym terenie w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2014 r.

Odwołujący się złożył ofertę w ww. postępowaniu

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 22 grudnia 2010 roku.

W dniu 29 grudnia 2010 roku Oferent (z zachowaniem 7-dniowego terminu) – Centrum Medyczne Beluga-Med, złożył odwołanie od rozstrzygnięcia w/w postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w w/w zakresie.

Odwołujący wnosi w odwołaniu o:

- zawieszenie postępowania,
- unieważnienie dotychczas przeprowadzonych czynności w postępowaniu niejawnym,
- przeprowadzenie części niejawnej postępowania w zgodzie z obowiązującymi przepisami.

Jednocześnie w odwołaniu podnosi, że w postępowaniu nr 06-11-000942/LSZ/03/1/1 naruszono zasady określone w art. 134 ust. 1, art. 147 poprzez zmianę kryteriów oceny ofert w trakcie toczącego się postępowania, art. 148, zapisy zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ, a także zapisy obowiązującej w NFZ procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W wyniku wniesionego odwołania ponownie przeanalizowano przedmiotowe postępowanie pod kątem argumentów wniesionych w treści odwołania i stwierdzono, co następuje:

Wartość przedmiotu zamówienia została określona w w/w ogłoszeniu wysokości 105 231 564,00 zł. W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 8 ofert.

Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest ogłoszone i prowadzone w oparciu o akty prawne i inne regulacje wskazane w ogłoszeniu postępowania, a w szczególności:

1) ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z 2008 r. Dz. U. nr 164, poz. 1027 z późno zm.), zwaną dalej ustawą o świadczeniach,

2) rozporządzenie 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. Nr 273, poz. 2719),

3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 29 sierpnia 2009r. (Dz.U. z dnia 31 sierpnia 2009r. Nr 140, poz.1143),

4) zarządzenie Nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (z późn.zm.),

5) zarządzenie Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn.zm.). Komisja Konkursowa działa w oparciu o regulamin pracy komisji, prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjęty Uchwałą nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., zwany dalej regulaminem.

Komisja konkursowa prowadząca przedmiotowe postępowanie podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty z obowiązującym stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych. Oferent już w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym zapoznaje się z w/w aktami prawnymi i innymi regulacjami, które stanowią podstawy, w oparciu o które Komisja konkursowa ocenia ofertę pod względem spełniania warunków niezbędnych do zawarcia umowy przez Oferenta. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, i co ważne nie mógł ich zmienić ani oferent ani zamawiający. Komisja jest przede wszystkim zobowiązana do dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty lub większej ilości ofert, które zapewniają zgodnie z art. 148

pkt 1 cytowanej ustawy o świadczeniach w szczególności ciągłość, kompleksowość, jakość i dostępność udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu w szczególności o kryteria oceny ofert zawarte w cytowanym zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanym na podstawie art. 146 ust 3 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z danymi przedłożonymi przez oferenta w formularzu ofertowym. Komisja konkursowa w części jawnej postępowania dokonała oceny oferty na podstawie wymogów określonych w w/w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 29 sierpnia 2009r., oraz cytowanych zarządzeniach: Nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku i Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku. Zatem zarzut naruszenia zasady równego traktowania oferentów oraz zmianę kryteriów oceny ofert w trakcie toczącego się postępowania jest bezzasadny. Oferta Odwołującego – po dokonanej ocenie – przeszła do dalszego etapu procedury konkursu ofert, czyli do części niejawnej postępowania. Nie oznacza to jednak gwarancji wyboru oferenta celem zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie, mimo, że jak pisze Odwołujący się – spełnia minimalne warunki niezbędne do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w przedmiotowym rodzaju i zakresie. W sytuacji, gdyby nie spełniał, oferta zostałaby odrzucona w trybie określonym ustawą o świadczeniach. Negocjacje zostały przeprowadzone zgodnie z prawem oraz obowiązującą w NFZ procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z orzecznictwem „*etapy postępowania poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonego w ramach Funduszu, wzorowane są na zasadach prawa cywilnego a jego celem jest szybki wybór przez Fundusz ofert najkorzystniejszych z punktu widzenia świadczeniobiorców usług opieki zdrowotnej, a nie ustalenie z wybraną stroną, że dana oferta jest najkorzystniejsza*”. Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku rodzaju świadczeń leczenie szpitalne – tryb hospitalizacja Komisja konkursowa ocenia daną ofertą biorąc pod uwagę przede wszystkim kryteria niecenowe: kompleksowość, ciągłość, jakość oraz dostępność:

1/ jakość, która jest oceniana w szczególności poprzez:

a/ kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,

- b/ wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
  - c/ zewnętrzną ocenę jakości,
  - d/ wyniki kontroli przeprowadzonej przez NFZ,
- 2/ kompleksowość, która jest oceniana w szczególności poprzez:
- a/ możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej danym zakresie, uwzględniająca wszystkie elementy i etapy 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 łączenie ciągłości procesu diagnostycznego lub terapeutycznego,
  - d/ wymagania formalne,
- 3/ ciągłość, która jest oceniana w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,
- 4/ dostępność która jest oceniana w szczególności poprzez:
- a/ liczbę dni i godzin pracy w harmonogramie pracy,
  - b/ organizację przyjęć świadczeniobiorców,
  - c/ brak barier dla osób niepełnosprawnych,
- oraz jak wskazano wyżej
- 5/ cena oceniania poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez NFZ w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Komisja konkursowa bierze pod uwagę również potrzebę zabezpieczenia świadczeń dla bezpieczeństwa zdrowia i życia ubezpieczonych i w związku z tym podjęła decyzję o zabezpieczeniu świadczeń w zakresie kardiologia u oferentów realizujących wszystkie albo większość świadczeń obejmujące ten zakres , a nie wybrany tylko – tak jak w tym wypadku – jeden rodzaj świadczenia: implantacja kardiostymulatorów w trybie planowym, co budziło uzasadnione wątpliwości co do całodobowego udzielania świadczeń gwarantowanych również w trybie nagłym. Kardiologia ma szeroki katalog świadczeń określony w załączniku nr 1 do zarządzenia 69/2009/DSOZ. Natomiast „do zakresu działań Funduszu należy w



szczegółności określanie ciągłości, jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nałożone na Fundusz ustawowe obowiązki związane z zapewnieniem dostępności do świadczeń w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów są realizowane w przebiegu postępowania konkursowego. Oddział wojewódzki Funduszu wybiera spośród ofert złożonych do postępowania konkursowego te, które zapewnią świadczeniobiorcom z danego województwa dostępność do świadczeń, z uwzględnieniem między innymi usytuowania miejsca udzielania świadczeń." (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 13 lutego 2009 r. II GSK 748/2008). Oferent Odwołujący się za kryterium: ciągłość, czyli spełnianie warunków niezbędnych do zawarcia umowy otrzymał na możliwych 10 punktów, jedynie 2,5 pkt (wszyscy pozostali oferenci osiągnęli ponad 9 punktów). Większość odpowiedzi na pytania w formularzu ofertowym brzmi: „Nie spełniam warunku w dniu złożenia oferty, ale będę spełniać od początku obowiązywania umowy”, co spowodowało właśnie niską ocenę oferty pod kątem ciągłości i kompleksowości świadczeń.

Ponadto Komisja konkursowa po przeprowadzonej kontroli stwierdziła, że jest izolowany czterolóżkowy oddział kardiologiczny, co w żaden sposób nie zapewnia kompleksowości świadczeń. Jest to monoprofilowy zakład opieki zdrowotnej, bez żadnego własnego zaplecza diagnostycznego, izby przyjęć, a oddział anestezjologii i intensywnej terapii jest oddalony od miejsca udzielania świadczeń o kilkanaście kilometrów. Zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 148 u.ś.o.z. porównanie ofert w toku postępowania obejmuje w szczególności: 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 oraz ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulację kosztów. Ustawa nie różnicuje kryteriów oceny ofert i nie wskazuje, które ze wskazanych elementów mają charakter decydujący. Użycie zwrotu "w szczególności" oznacza, że katalog ten nie ma charakteru zamkniętego i komisja może oceniać złożone oferty także pod innym kątem.

Biorąc powyższe pod uwagę komisja konkursowa kierując się wspomnianą zasadą określoną w art. 148 pkt 1 ustawy o świadczeniach, dobrem i bezpieczeństwem ubezpieczonych, a także w wyniku wyczerpania środków finansowych w tym

postępowaniu, nie przedstawiła żadnej propozycji finansowej Odwołującemu się i w związku z tym podpisano protokół rozbieżności. Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana. Należy zatem nadmienić, że wyboru najkorzystniejszej oferty można dokonać spośród ofert, co do których strony podpisały protokół końcowy ze zbieżnym. Zdaniem MOW NFZ poprzez dokonanie wyboru innego oferentów, opartego na analizie porównawczej ofert, zabezpieczył on dostępność do świadczeń w przedmiotowym zakresie w należyłym stopniu.

W związku ze złożonym odwołaniem rozpoczęło się postępowanie administracyjne i zgodnie z zapisami art. 10 § 1 kpa Oferent został powiadomiony o prawie zapoznania się z materiałami akt sprawy i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji. Odwołujący zapoznał się materiałami sprawy.

Mając powyższe na uwadze, po dokonaniu ponownej analizy dokumentacji dotyczącej w/w postępowania konkursowego o numerze 06-11-000942/LSZ/03/1/1, odwołanie złożone przez Oferenta- Centrum Medyczne Beluga-Med NZOZ nie zasługuje na uwzględnienie i należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie  
*Barbara Balańska*

**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