

Szanowny Pan
Andrzej Ślęzak
Dyrektor
Specjalistycznego Szpitala im. Stefana
Żeromskiego SPZOZ w Krakowie
Os. Na Skarpie 66
31-913 KRAKÓW

Decyzja
z dnia 12 stycznia 2011 r.
nr 9/2011/LSZ
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 (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)*, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta – Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie, 31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66 w dniu 29 grudnia 2010 roku od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000934/LSZ/03/1/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rekowań~~* w rodzaju: leczenie szpitalne

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 cyt. ustawy, Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, 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 organu 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 06-11-000934/LSZ/03/1/1 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: otolaryngologia – hospitalizacja obejmujący obszar: grupy powiatów 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) 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. W związku ze złożonym odwołaniem MOW NFZ 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 (znak pisma: WOII/442-o-683-EFC/2011). W dniu 5 stycznia 2011 roku Odwołujący zapoznał się materiałami sprawy.

Odwołujący się podnosi w odwołaniu naruszenie przepisów art. 147 w zw. z 148 oraz art. 154 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, a także art. 65 pkt 2 cyt. ustawy (poprzez znaczne ograniczenie dostępności w w/w rodzaju i zakresie świadczeń na terenie Miasta Krakowa). Odwołujący jednocześnie wnosi o zmianę decyzji komisji konkursowej i przyjęcie oferty na kwotę w niej wskazaną, a nie ustaloną przez obie strony podczas negocjacji, co ma odzwierciedlenie w protokole końcowym z negocjacji z dnia 20 grudnia 2010 roku.

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: 19 098 378,00 zł.

Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest ogłoszone i prowadzone w oparciu o następujące przepisy:

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.

W w/w postępowaniu zostały złożone cztery oferty . 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 aktami prawnymi, które stanowią podstawy, w oparciu o które Komisja konkursowa ocenia ofertę i spełnianie warunków niezbędnych do zawarcia umowy przez Oferenta. Komisja jest przede wszystkim zobowiązana do dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty lub większej ilości ofert, które zapewniają zgodnie z art. 148 pkt 1 ustawy o świadczeniach w szczególności ciągłość, kompleksowość, jakość i dostępność udzielanych świadczeń zdrowotnych w oparciu o kryteria oceny ofert zawarte w w/w zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydanym na podstawie art. 146 ust 3 cytowanej ustawy oraz zgodnie z danymi przedłożonymi przez oferenta w formularzu ofertowym. Po otwarciu ofert Komisja konkursowa w części jawnej postępowania konkursowego wezwała

Odwołującego się do uzupełnienia braków formalnych oferty. Dodatkowo wystosowanym w dniu 8 listopada 2010 roku pismem (znak: WOIII/LSZ11-4800-159-934-EFC/2010) komisja konkursowa wezwała oferenta Odwołującego się do udzielenia wyjaśnień podstawie § 6 ust. 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)*. Wezwanie do wyjaśnienia danych formularza ofertowego było uzasadnione ze względu na rozbieżności, które po analizie oferty wystąpiły pomiędzy udzielonymi odpowiedziami twierdzącymi w cz. VIII formularza ofertowego – ANKIETY na pytania o numerach:

1.1.1.2: *Czy świadczeń udziela lekarz w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi co najmniej 4 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista laryngologii lub otolaryngologii lub otorynolaryngologii, w tym ordynator (lekarz kierujący oddziałem)* - specjalista laryngologii lub otolaryngologii lub otorynolaryngologii?*

1.1.6.9: *Czy oferent zapewnia możliwość wykonania audiogramu - w miejscu?,*

1.8.4.2: *Czy świadczenia realizowane są przez specjalistę w dziedzinie audiologii i foniatry w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi co najmniej 1 etatu?*

1.8.4.3: *Czy świadczenia realizowane są przez osobę z doświadczeniem w mikrochirurgii usznej: potwierdzone przez konsultanta krajowego wykonanie przez operatora co najmniej 20 operacji strzemiączka w leczeniu otosklerozy i co najmniej 20 operacji tympanoplastycznych - wykonanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy?*

1.8.4.4: *Czy oferent zapewnia całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym) ?*

1.3.1.3 *Czy oferent zapewnia zestaw do mikrolaryngoskopii - w lokalizacji?*

1.8.1.7 *Czy oferent zapewnia kompleksową diagnostykę audiologiczną (badania: BERA, ABR, OAEs, test z promontorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego) - w lokalizacji?*

a wykazem sprzętu i personelu w cz. IV, V i VI formularza ofertowego, w którym nie wykazano powyższego.

Niespełnianie warunków, o których mowa w pytaniach: 1.1.1.2, 1.1.6.9, 1.8.4.2 oraz 1.8.4.4 powodowałaby u oferenta niespełnianie warunków wspólnych wobec świadczeniodawców określonych w załączniku nr 3 do cytowanego zarządzenia 69/2009/DSOZ pkt. 35.1, co skutkowałoby brakiem możliwości zawarcia umowy. Natomiast pozostałe odpowiedzi wpływają na ocenę oferty w ramach warunków dodatkowo ocenianych. Komisja konkursowa wykazała zatem maksimum dobrej woli wzywając oferenta do udzielenia wyjaśnień. Dopiero po uzupełnieniu braków formalnych ofert i udzielenia w/w wyjaśnień – komisja konkursowa podjęła decyzję, że oferta Odwołującego się spełniała wszystkie wymogi formalne i dlatego mogła przejść do dalszego etapu procedury konkursu ofert, czyli do części niejawnego postępowania.

Biorąc powyższe pod uwagę oraz obowiązek przeprowadzenia negocjacji wynikający z cytowanej ustawy, Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami w celu uzgodnienia ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej. 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. Negocjacje przeprowadzone były oddzielnie z każdym oferentem w kilku turach. Podczas kilku spotkań Komisja prowadząc negocjacje ze wszystkimi oferentami pozwalała dobrowolnie oferentowi wskazać jego ostateczną propozycję, jednocześnie biorąc pod uwagę - zwłaszcza w trybie hospitalizacji - kryteria niecenowe, sprawozdawczość i w efekcie realizację umowy w danym zakresie w roku 2010, ewentualne skargi, uchybienia, etc. I możliwości finansowe MOW NFZ. W przypadku kryteriów niecenowych oceniane były:

1/ jakość:

- 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:

- 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, czyli:
- a/ liczbę dni i godzin pracy w harmonogramie pracy,
 - b/ organizacje przyjęć świadczeniobiorców,
 - c/ brak barier dla osób niepełnosprawnych,
- oraz jak wskazano wyżej
- 5/ cena oceniana 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.

Po analizie złożonej dokumentacji, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym Komisja Konkursowa wybrała wszystkich czterech Oferentów, włącznie z Odwołującym się. Pozycja w rankingu została wyliczona przez system na podstawie informacji zawartych w ofertach w oparciu kryteria oceny ofert zawarte w cytowanym zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku. Niewątpliwie na usytuowanie w rankingu końcowym mają wpływ wszystkie kryteria, ale w przypadku rodzaju świadczeń jakim jest leczenie szpitalne i tryb hospitalizacji, głównym kryterium są przede wszystkim kryteria niecenowe jednakowe dla wszystkich podmiotów (bez względu na formę prawną), zgodnie z zasadą równego traktowania i nie uległy one zmianie podczas prowadzonego postępowania, zatem zarzut naruszenia przepisu art. 147 ustawy o świadczeniach poprzez faktyczną zmianę kryteriów oceny ofert jest całkowicie bezzasadny. Każda ze stron przedstawia swoją propozycję finansową, podczas pierwszych spotkań nigdy nie jest ona ostateczną i może ulec zmianie podczas dalszych negocjacji, o czym każdy z oferentów jest informowany i w protokole z negocjacji z danego dnia jest to szczegółowo opisane. W dniu 20 grudnia 2010 roku Oferent otrzymał ze strony MOW NFZ propozycję finansową i w efekcie podpisał końcowy protokół z

negocjacji – protokół zbieżny z ustaloną przez obie strony liczbą świadczeń i ceną. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 22 grudnia 2010 roku i Odwołujący się jest jednym z czterech zwycięzców konkursu. Ze względu na ograniczone środki finansowe MOW NFZ ma na celu przede wszystkim zabezpieczyć dostępność do świadczeń dla ubezpieczonych w przedmiotowym zakresie w należyтым stopniu, co nie oznacza przyjęcia pierwotnej propozycji każdego z oferentów przedłożonej w formularzu ofertowym, która ma poprawić sytuację finansową oferenta. MOW NFZ w tym przypadku nie może być adresatem takiego zarzutu.

Biorąc powyższe pod uwagę, a zwłaszcza podpisanie przez Oferenta protokołu zbieżnego ostatecznie podczas negocjacji, działając jednocześnie w oparciu o zasadę równego traktowania wszystkich oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z zapisami art. 134 ust. 1 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Komisja konkursowa, nie naruszyła prawa dokonując wyboru Oferenta - Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Krakowie w postępowaniu nr 06-11-000934/LSZ/03/1/1 rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: otolaryngologia – hospitalizacja celem zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

Świadczenia zostały zabezpieczone poprzez dokonanie wyboru wszystkich biorących udział w przedmiotowym postępowaniu Oferentów i w związku z tym wniosek o zmianę decyzji komisji konkursowej i przyjęcie oferty – propozycji innej niż w protokole końcowym z negocjacji podpisanym przez obie strony w dniu 20 grudnia 2010 roku jest całkowicie bezzasadny. Zgodnie bowiem z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 13 lutego 2009 roku (sygn.akt II GSK 748/2008) *„Podjęcia decyzji na skutek odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w związku z art. 152 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie poprzedza ponowne przeprowadzenie postępowania konkursowego”*.

Natomiast zarzut naruszenia art. 154 ustawy o świadczeniach jest niezrozumiały i bezzasadny, ponieważ sam ustawodawca wskazuje, że wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego

rozpatrzenia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego, Prezesa NFZ, czy ewentualnie sąd administracyjny.

Na skutek potwierdzenia braku naruszenia przez komisję konkursową zasad przeprowadzonego postępowania konkursowego, a w szczególności zasady równego traktowania oraz wyboru oferty najkorzystniejszej odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie i należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR
Makopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Barbora Balanowska

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 Makopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Makopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia