

Szanowni Państwo
Anna Tokarczyk oraz Adam Gębka
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
„ESCULAP” s.c. A.Tokarczyk, A.Gębka
GABINET LEKARZA RODZINNEGO
ul. Zefirka 6a
33-370 MUSZYNA

Decyzja
z dnia 18 marca 2011 r.
nr 6/POZ/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 – NZOZ „ESCULAP” s.c. A.Tokarczyk, A.Gębka GABINET LEKARZA RODZINNEGO, 33-370 Muszyna, ul. Zefirka 6a w dniu 7 marca 2011 roku od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-002085/POZ/0112/01.0000.155.16/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rekrutacji~~ w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: nocna i świąteczna opieka zdrowotna

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 24 stycznia 2011 roku Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert nr 002085/POZ/0112/01.0000.155.16/1 w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: nocna i świąteczna opieka zdrowotna na obszarze do 50 000 osób dotyczącego zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej na tym terenie w okresie od 01.01.2011 r. do 31.12.2013 r.

Odwołujący się złożył ofertę w ww. postępowaniu.

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 28 lutego 2011 roku.

W dniu 7 marca 2011 roku Oferent (z zachowaniem 7-dniowego terminu) – NZOZ „ESCULAP” s.c. A.Tokarczyk, A.Gębka GABINET LEKARZA RODZINNEGO, złożył odwołanie od rozstrzygnięcia w/w postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w w/w zakresie wskazując, że rozstrzygnięcie przedmiotowe postępowania jest wadliwe.

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

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 4 oferty, w tym jedna została odrzucona.

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 z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 31 sierpnia 2009r. Nr 139, poz.1139),*

4/ zarządzenie Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna,

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 oraz zarządzenie Nr 86/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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. Komisja jest przede wszystkim zobowiązana do dokonania wyboru najkorzystniejszej oferty, która zapewni 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 wszystkich ofert w przedmiotowym postępowaniu na podstawie wymogów określonych w w/w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz cytowanych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o następujących numerach: Nr 85/2010/DSOZ, Nr

73/2009/DSOZ oraz 86/2010/DSOZ. Oferta Odwołującego – po dokonanej ocenie warunków formalno-prawnych, warunków wymaganych do zawarcia umowy, warunków dodatkowo ocenianych oraz uwzględniając wyniki przeprowadzonej kontroli - spełniała warunki niezbędne do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z czym przeszła do dalszego etapu procedury konkursu ofert. Nie oznacza to gwarancji wyboru oferenta celem zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie, mimo, że spełnia wszystkie warunki wymagane i rankingujące. W sytuacji, gdyby nie spełniał, oferta zostałaby odrzucona w trybie określonym ustawą o świadczeniach. Jedną ze złożonych ofert została odrzucona, a pozostałe trzy spełniały warunki, zostały zatem przyjęte przez komisję konkursową w całości i przeszły do dalszego etapu postępowania, czyli do części niejawniej. Należy również podkreślić, że *„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”*. (Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 26 lutego 2009 r. VII SA/Wa 1640/2008).

Biorąc powyższe pod uwagę oraz obowiązek przeprowadzenia negocjacji wynikający z cytowanej ustawy o świadczeniach, Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami w celu uzgodnienia ceny 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 II turach. W I turze Komisja przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi oferentami w celu uzgodnienia najkorzystniejszej ceny pozwalając dobrowolnie oferentowi wskazać jego ostateczną cenę. Każdy z oferentów ma prawo zaproponować cenę niższą lub wyższą od oczekiwanej. Ponadto zgodnie z w/w aktami prawnymi Komisja konkursowa ocenia daną ofertą biorąc pod uwagę:

- 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 w 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 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.

Zarządzenie nr 86/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 roku zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa szczegółowo warunki przypisane do poszczególnych w/w kryteriów wraz z możliwością uzyskania przez oferenta określonej liczby punktów. W konsekwencji suma punktów uzyskanych za poszczególne kryteria przekłada się wprost na miejsce w rankingu końcowym. Pozycja w rankingu została wyliczona przez system informatyczny na podstawie informacji zawartych w ofertach i w oparciu o w/w kryteria oceny ofert zawarte w zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Oferta Odwołującego się w rankingu otwarcia była

na pierwszym miejscu, ale po przeprowadzonych negocjacjach w efekcie zajęła drugie miejsce w rankingu z łączną sumą punktów: 77,377 pkt.

Na usytuowanie w rankingu końcowym ma wpływ zarówno cena, jak i wszystkie kryteria niecenowe jednakowe dla wszystkich podmiotów. Oferty uszeregowane są w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Uszeregowane są malejąco według liczby uzyskanych punktów z oceny. W końcowej części rankingu umieszcza się oferty, które nie zostaną wybrane, tj. w szczególności takie, co do których nie uzgodniono zbieżnych stanowisk w wyniku negocjacji.

Biorąc pod uwagę zapisy zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010/DSOZ (§ 3 ust.4), że *„postępowanie ma na celu jednego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w jednym miejscu udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia”* – Komisja konkursowa dokonała wyboru jednego oferenta w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym.

Oferent Odwołujący się zajął niższą pozycję w rankingu oraz podpisał końcowy protokół z negocjacji – protokół rozbieżności. Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana. Wyboru najkorzystniejszej oferty można dokonać spośród ofert, co do których strony podpisały protokół końcowy ze zbieżnym stanowiskiem.

Należy również nadmienić, że konkurs ofert nie jest gwarancją zawarcia umowy, a trybem wyboru oferenta celem zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i nie ma możliwości wyłonienia wszystkich zwycięzców spośród wszystkich uczestników konkursu na warunkach przez nich zaoferowanych.

Biorąc powyższe pod uwagę, a także wynik rankingu końcowego oraz podpisanie przez Oferenta protokołu rozbieżności, działając jednocześnie w oparciu o zasady równego traktowania wszystkich oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz wyboru najkorzystniejszej oferty, zgodnie z zapisami art. 134 ust. 1 i art. 148 pkt 1 *ustawy o świadczeniach* - Komisja konkursowa, nie naruszyła prawa nie wybierając Oferenta – NZOZ „ESCULAP” s.c. A.Tokarczyk, A.Gębka GABINET LEKARZA RODZINNEGO celem zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w wyżej wymienionym rodzaju i zakresie.

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 pismem z dnia 10 marca 2011 roku (znak: WOII/442-o-1387-EFC/2011). Odwołujący zapoznał się materiałami sprawy.

Mając powyższe na uwadze, po dokonaniu ponownej analizy dokumentacji dotyczącej w/w postępowania konkursowego o numerze 06-11-002085/POZ/0112/01.0000.155.16/1 odwołanie złożone przez Oferenta- „ESCULAP” s.c. A.Tokarczyk, A.Gębka GABINET LEKARZA RODZINNEGO nie zasługuje na uwzględnienie i należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie
Barbara Bulańska

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.