

MOH-442-0-1113/Mel/11

03 LUT 2011

**Elvita NZOZ Górniczy**  
**Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego**  
**ul. Górnicza 5**  
**32-590 Libiąż**

Decyzja z dnia ..... 03 LUT 2011  
Nr..... 653/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 Elvita NZOZ Górniczy Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w dniu 23.12.2010r. – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000363/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 zawarci umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od dnia 1 stycznia 2011 do dnia 31 grudnia 2013r.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 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 23.12.2010 r. do MOW NFZ w Krakowie wpłynęło odwołanie Elvita NZOZ Górniczego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odwołaniu Odwołujący wskazał, że nie zgadza się decyzją komisji konkursowej o nieprzyjęciu zaoferowanego w ofercie harmonogramu pracy poradni na podstawie art. z § 10 ust. 4 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 ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne.*

Oświadczył, m.in., że Zakład został wykluczony z postępowania ze względu na dostępność do świadczeń (2 razy w tygodniu po 4 godziny) zaproponowaną w ofercie, natomiast w zakresie dostępności oferty w roku 2009 i 2010 nie różniły się od złożonej na rok 2011 i nie stanowiło to żadnej przeszkody w zawieraniu umów. Podniósł, że od roku 1999 „niezmiennie zawierał umowy z małopolską kasą chorych, a następnie z oddziałem NFZ”. Odwołujący podkreślił, że we wszystkich poradniach pracują specjaliści z drugim stopniem specjalizacji, od 2005 roku posiada certyfikat ISO, spełnia wymagania NFZ dotyczące sprzętu oraz poniósł znaczące nakłady finansowe na rozwój i modernizację. Zdaniem Odwołującego ze względu na sytuację, w której pacjenci tracą możliwość korzystania z poradni wysoce konkurencyjnej w porównaniu do pozostałych oferentów i tym samym naruszona została zasada dbałości o dobro pacjenta. Ponadto stwierdza, że wykluczenie oferty i odebranie możliwości wygrania konkursu na podstawie podanych wyżej kryteriów

zawęziło krąg oferentów i w ten sposób doprowadziło do naruszenia zasad konkurencji pomiędzy świadczeniodawcami.

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 05.01.2011 r.

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

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 0606-11-000363/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.

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

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut naruszenia art. 134 ustawy. Komisja konkursowa prowadziła postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Jak wyżej wskazano w ogłoszeniu postępowania wskazano jakie warunki są wymagane od oferentów oraz wg jakich kryteriów będą oceniane oferty. Spełnienie wymaganych warunków zweryfikowano w stosunku do wszystkich oferentów, ponadto wg tych samych kryteriów zostały ocenione i porównane wszystkie oferty, które nie zostały odrzucone. Również negocjacje z wszystkimi oferentami we wszystkich postępowaniach w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna prowadzone były w takich samych warunkach i w taki sam sposób. Do negocjacji zostali zaproszeni wszyscy oferenci, których oferty spełniały wymagane warunki oraz nie zostały odrzucone. Zakres danych przekazywanych przez komisję konkursową w toku negocjacji był identyczny w każdym przypadku i obejmował wyłącznie dane dot. oferty danego oferenta oraz pozycję w rankingu otwarcia (przed rozpoczęciem negocjacji ze wszystkimi oferentami) oraz liczbę złożonych ofert.

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 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.

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, 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

p.o. Z-ca Dyrektora 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.