

Kraków, dnia 18 stycznia 2011r.

Szanowna Pani
Małgorzata Skwarek
Prezes Zarządu
Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
„Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o.
ul. Słoneczna 3
34-700 RABKA-ZDRÓJ

Decyzja
z dnia 18 stycznia 2011 r.
nr 21/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 – NZOZ „Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o., 34-700 Rabka-Zdrój, ul. Słoneczna 3 w dniu 29 grudnia 2010 roku od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000952/LSZ/03/1/03.4000.030.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rekrutacji~~* w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie: choroby wewnętrzne - hospitalizacja

uwzględniam/~~oddaję~~* 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 06-11-000952/LSZ/03/1/03.4000.030.02/1 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: choroby wewnętrzne – hospitalizacja na obszarze powiatu nowotarskiego 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) – NZOZ „Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o., 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:

- uwzględnienie odwołania i ponowne przeprowadzenie postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby wewnętrzne – hospitalizacja, ewentualnie o:

- uwzględnienie odwołania i zmianę treści ogłoszenia o rozstrzygnięciu poprzez wskazanie w/w oferenta jako podmiotu wybranego do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby wewnętrzne - hospitalizacja,

Jednocześnie w odwołaniu podnosi, że w postępowaniu nr 06-11-000952/LSZ/03/1/03.4000.030.02/1 naruszono zasady określone w art. 134 ust. 1, art. 142 ust. 7, art. 147 poprzez zmianę kryteriów oceny ofert w trakcie toczącego się postępowania, art. 148 poprzez nie dokonanie wyboru oferty przedstawiającej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, zapisy zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ, a także art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych. Wnosi również o udostępnienie danych wszystkich ofert złożonych w tym postępowaniu, co Odwołujący podniósł podczas zapoznawania się z materiałami postępowania, a także odrębnym pismem skierowanym do dyrektora oddziału.

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 7 685 955,00 zł. W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 2 oferty.

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 *rozporządzeniu 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. Oferta Odwołującego – po dokonanej ocenie - spełniała warunki niezbędne do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z czym przeszła do dalszego etapu procedury konkursu ofert, czyli do części niejawnej postępowania. Nie oznacza to 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 wszystkie warunki wymagane i rankingujące. W sytuacji, gdyby nie spełniał, oferta zostałaby odrzucona w trybie określonym ustawą o świadczeniach.

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 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.

Komisja konkursowa bierze pod uwagę również potrzebę zabezpieczenia świadczeń dla bezpieczeństwa zdrowia i życia ubezpieczonych, zgodnie bowiem 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**”.* (Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 26 lutego 2009 r. VII SA/Wa 1640/2008).

Kierując się powyższym Komisja konkursowa podjęła decyzję o zabezpieczeniu świadczeń w zakresie choroby wewnętrzne u oferenta realizującego cały panel

zakresów: zarówno zachowawczych (np. choroby wewnętrzne, pediatria, kardiologia) jak i zabiegowych (szeroko rozumiana chirurgia). Choroby wewnętrzne mają szeroki katalog świadczeń określony w załączniku nr 1 do zarządzenia 69/2009/DSOZ. Natomiast „do zakresu działań Funduszu należy w szczególności określanie 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).

Dodatkowo analiza realizacji kontraktu w zakresie „CHOROBY WEWNĘTRZNE – hospitalizacja” w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej "Szpital Miejski w Rabce Zdroju" Sp. z o.o. w roku 2010 wykazała np., że 1/3 (308 z 1 205) hospitalizacji pacjentów jest rozliczanych grupą JGP „D36 - zaburzenia oddychania w czasie snu” (leczenie chrapania), przy średniej długości pobytu na oddziale = 1 dzień, za kwotę 1275 zł. Opisana sytuacja daje podstawy do przypuszczeń, że istnieją bardziej racjonalne sposoby wykorzystania publicznych środków. Natomiast ważnym jest, by zadać pytanie czy zawsze cena najniższa oznacza najkorzystniejszą, zgodnie bowiem 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 oraz wyniki analizy i powtórnej weryfikacji oferty stwierdzono, że za kryteria niecenowe oferent Odwołujący się znajdował się na drugiej (niższej) pozycji w rankingu, zwłaszcza za kryterium kompleksowości otrzymał minimalną liczbę punktów (2,88). W związku z tym zaczął obniżać cenę za punkt, ale czy szpital posiadający jeden tylko oddział zachowawczy, z pozostałymi świadczeniami udzielanymi w trybie planowym będzie właściwym podmiotem udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie choroby wewnętrzne w imię interesu ubezpieczonych. W tym przypadku komisja ściśle zastosowała zasady określone w art. 148 pkt 1 ustawy o świadczeniach jako priorytet i nie dokonała wyboru Oferenta poprzez fakt nie zaproponowania żadnej liczby świadczeń i spisała protokół rozbieżności. Wydaje się, że cena 51 złotych za punkt jest najbardziej optymalną (po wprowadzeniu jednorodnych grup pacjentów) i MOW NFZ nie zmuszał ani nie był zainteresowany do obniżania ceny w leczeniu szpitalnym w trybie hospitalizacja, mimo, że drugi z oferentów również zadeklarował w protokole z negocjacji chęć jej obniżenia. I w związku z tym, że komisja kierując się dobrem pacjenta uważała, że najkorzystniejszym rozwiązaniem dla zapewnienia mieszkańcom powiatu nowotarskiego świadczeń o szerokim spektrum i wysokim standardzie będzie zawarcie umowy na pełną kwotę postępowania z Podhalańskim Szpitalem Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Nowym Targu. Komisja Konkursowa podejmując decyzję o wybraniu oferty Szpitala w Nowym Targu kierowała się zapewnieniem interesu ubezpieczonych, kompleksowością realizacji świadczeń oraz ich bezpieczeństwem, mimo, że oferent wybrany znalazł się na drugim miejscu w rankingu końcowym.

Zgodnie z procedurą negocjacje trwają aż do ustalenia zbieżnych albo rozbieżnych stanowisk. W tym przypadku również ustalono stanowiska stron, omijając jednakże pozycję Odwołującego w rankingu po zsumowaniu wszystkich kryteriów ocen. Brano jednak pod uwagę przede wszystkim dobro ubezpieczonych oraz zasady określone, a art. 148 pkt 1 ustawy o świadczeniach, a nie stricte procedurę NFZ dotyczącą prowadzenia negocjacji. Zwłaszcza, że obniżenie ceny nie powodowało zmniejszenia liczby świadczeń i nie wpływało na globalną wartość oferty. Propozycja oferenta Odwołującego była zatem niezmienna. Zarzut oferenta Odwołującego się zasługuje jednak na uwzględnienie w części dotyczącej prowadzenia negocjacji w dniach 20 i 21 grudnia co do ilości oraz ceny świadczeń. Komisja biorąc pod uwagę tylko kryteria niecenowe zaniechała prowadzenia dalszych negocjacji z Odwołującym się i w

związku z tym podpisano protokół rozbieżności. A zgodnie z wynikiem rankingu końcowego winna jednak przyjąć propozycję drugiego z oferentów i prowadzić nadal negocjacje do ustalenia ostatecznych stanowisk wszystkich stron.

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.

Wniosek Odwołującego się o udostępnienie wszystkich złożonych w danym postępowaniu ofert jest bezzasadny, ponieważ porównanie ofert złożonych w danym postępowaniu następuje – zgodnie z zapisami art. 142 ust. 5 pkt 1 *ustawy o świadczeniach* - w części niejawnego postępowania i w związku z tym nie podlegają one ujawnieniu poszczególnym oferentom, co potwierdza swoim stanowiskiem także Centrala NFZ. Jednocześnie należy jeszcze raz podkreślić, 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.

Mając powyższe na uwadze, po dokonaniu ponownej analizy dokumentacji dotyczącej w/w postępowania konkursowego o numerze 06-11-000952/LSZ/03/1/03.4000.030.02/1, odwołanie złożone przez Oferenta- NZOZ „Szpital Miejski w Rabce-Zdroju” Sp. z o.o. zasługuje na uwzględnienie i należało postanowić jak na wstępie.

Barbara Bilińska
Małopolski Oddział Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

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.