

Szanowna Pani
Jolanta Jurczak
Prezes Zarządu
„MEDIKOR” Sp. z o.o.
Specjalistyczne Gabinety Diagnostyki
Lekarskiej „MEDIKOR” Sp. z o.o., Sp.k.
ul. Długosza 45
33-300 NOWY SĄCZ

Decyzja
z dnia 19 stycznia 2011 r.
nr 30/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 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 *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 – Specjalistyczne Gabinety Lekarskie „MEDIKOR” Sp. z o.o., Sp.k., 33-300 Nowy Sącz, ul. Długosza 45 od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000965/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert / ~~rekowań~~* w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie: otolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia

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 06-11-000965/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: otolaryngologia – zespół chirurgii jednego dnia na obszarze województwa małopolskiego 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) – Specjalistyczne Gabinety Lekarskie „MEDIKOR” Sp. z o.o., Sp.k., 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 się podnosi w odwołaniu naruszenie art. 134 ust. 1, 142 ust. 5 pkt 1, 142 ust.6 oraz art. 148 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Jednocześnie wnosi o wybranie oferty oferenta Odwołującego się oraz powtórzenie czynności oceny ofert i negocjacji co do ceny oraz ilości świadczeń.

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 107 100,00 zł. W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 7 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 ma przedstawione akty prawne i innymi regulacje, które stanowią podstawy, w oparciu o które Komisja konkursowa ocenia ofertę pod względem spełniania warunków niezbędnych do zawarcia umowy przez Oferenta oraz dodatkowo ocenianych. 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. Ponadto Oferent składając ofertę przedkłada komisji oświadczenie woli, w którym potwierdza, że zapoznał się przepisami, materiałami dotyczącymi postępowania i przyjmuje do stosowania (załącznik nr 2 do zarządzenia 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2010 roku).

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. Oferta Odwołującego się spełniała wszystkie wymogi formalne i dlatego przeszła do dalszego etapu procedury konkursu ofert, czyli do części niejawnej postępowania.

Biorąc powyższe pod uwagę oraz obowiązek przeprowadzenia negocjacji wynikający z cytowanej ustawy o świadczeniach, 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 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/ 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.

W konsekwencji suma punktów uzyskanych za poszczególne kryteria przekłada się wprost na miejsce w rankingu końcowym.

Kryteria, o których mowa wyżej przyjmują różną punktację oraz zróżnicowane warunki w zależności od rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkretnego postępowania.

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. W załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia w części dotyczącej trybu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – zespół chirurgii jednego dnia w zakresie: otolaryngologia w części dotyczącej jakości (maksymalna ilość punktów do uzyskania 45 pkt) oceniane jest: zestaw do mikrolaryngoskopii, laser CO2 w lokalizacji oraz stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażonego w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi (35 pkt) i certyfikaty jakości (certyfikat ISO oraz CMJ – 10 pkt). Oferent uzyskał 11,66 punktów, ponieważ na pytania w ankietach dotyczące certyfikatów, stanowiska znieczulenia udzielił odpowiedzi negatywnych.

Należy zatem podkreślić, że jakość oceniana jest zgodnie z zapisami *Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 29 sierpnia 2009r oraz zarządzenia 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*. W aktach tych jakość jest określona jako warunki dodatkowo oceniane, zróżnicowane w zależności od rodzaju, zakresu czy też trybu udzielania świadczeń. Natomiast

spełnienie przez oferenta warunków niezbędnych do zawarcia umowy, traktowanych jako ciągłość w zarządzeniu 73/200/DSOZ Prezesa NFZ, a określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ pkt 1 ppkt 1.1.1 – 1.1.6 – warunki wspólne wobec świadczeniodawców oraz 12.1.1 pkt - pozwala brać udział w konkursie ofert również w części niejawnej postępowania, a w efekcie dokonać ewentualnego wyboru danego oferenta do zawarcia umowy. Zatem posiadanie sprzętu wymaganego niezbędnego do zawarcia umowy w zakresie otolaryngologia w trybie – zespół chirurgii jednego dnia nie jest traktowane jako kryterium jakości, ale ciągłości i w tym przypadku oferent uzyskał maksymalną ilość 10 punktów. Kryterium kompleksowości w przypadku przedmiotowego zakresu nie było w ogóle oceniane w tym postępowaniu i nie wpływało na pozycję poszczególnych ofert. Ilość uzyskanych punktów wylicza system informatyczny na podstawie wzoru określonego w załączniku nr 1 do cytowanego zarządzenia 73/2009/DSOZ. Po dokonanej ocenie oferty, Odwołujący się został sklasyfikowany na 4 pozycji rankingu końcowego (pozycji wszystkich było 7).

W tej sytuacji nie znajduje potwierdzenia zarzut oferenta, że Fundusz prowadził porównywanie ofert w postępowaniu konkursowym o dowolnie określone kryteria niezgodne z zapisami w/w zarządzenia nr 73/2009/DSOZ. Nie doszło do naruszenia art. 134 i 142 ust. 5 pkt 1 *ustawy o świadczeniach*, polegającego na nieprzestrzeganiu zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a także niezgodnym z zasadami prawa dokonaniem czynności porównania ofert w części niejawnej postępowania.

Natomiast w przypadku ograniczonej kwoty stanowiącej wartość postępowania w stosunku do złożonych ofert, o czym wspomniano wyżej, niewątpliwie na usytuowanie w rankingu końcowym ma wpływ cena oraz wszystkie kryteria niecenowe jednakowe dla wszystkich podmiotów (bez względu na formę prawną).

Ostatecznie należy stwierdzić, że nie było żadnej błędnej interpretacji danych dokonanych przez system informatyczny. Punktacja została przyznana poszczególnym ofertom poprawnie i miejsce w rankingu oferty Odwołującego się jest właściwe. 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.

Komisja konkursowa dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu. Zespół negocjacyjny informował wszystkich oferentów że ze względu na to, że wartość złożonych ofert w tym postępowaniu przewyższa wielokrotnie wartość postępowania wszystkie kryteria, a szczególnie cena będą miały wpływ na miejsce w rankingu.

Oferent podpisał końcowy protokół z negocjacji – protokół rozbieżności. Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana. Natomiast 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 przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani gwarancją jej zawarcia, a trybem wyboru oferentów celem zawarcia z nimi umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń. W przypadku, gdy będą to nowi oferenci mają obowiązek udzielania świadczeń w taki sposób, aby świadczeniobiorcy mieli do nich dostęp. Ze względu na ograniczone środki finansowe nie zawsze – tak jak i w tym przypadku – da się wyłonić zwycięzców spośród wszystkich uczestników konkursu na warunkach przez nich zaoferowanych. Zdaniem MOW NFZ poprzez dokonanie wyboru innych oferentów, opartego na analizie porównawczej ofert, Fundusz zabezpieczył dostępność do świadczeń w przedmiotowym zakresie w należyтым stopniu.

Oferent domaga się ponownego rozpatrzenia oferty. Należy zauważyć, że oferta spełnia wszystkie wymogi, została oceniona zgodnie z prawem jak wszystkie pozostałe oferty.

Reasumując - to nie błędna ocena oferty przez komisję konkursową bądź system informatyczny, tylko suma punktów uzyskana przez Oferenta uplasowała go na niższej pozycji w rankingu, a co za tym idzie – spowodowała, iż jego oferta nie została wybrana w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego z powodu wyczerpania środków finansowych w przedmiotowym postępowaniu.

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,

Lekarskie „MEDIKOR” Sp. z o.o., Sp.k. celem zawarcia z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w wyżej wymienionym rodzaju i zakresie. Świadczenia zostały zabezpieczone poprzez dokonanie wyboru jednego z oferentów i w związku z tym wniosek o ponowne przeprowadzenie konkursu 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*”.

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 nie 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 niejawnej 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 06-11-000965/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1, odwołanie złożone przez Oferenta - Specjalistyczne Gabinety Lekarskie „MEDIKOR” Sp. z o.o., Sp.k. nie zasługuje na uwzględnienie.

Na skutek potwierdzenia braku naruszenia przez komisję konkursową zasad przeprowadzonego postępowania konkursowego, a w szczególności zasady równego traktowania, uczciwej konkurencji oraz zasady wyboru najlepszej oferty należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Barbara Bulanowska

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