

Katowice, dnia 15 grudnia 2011 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

WO- 0212 - 35/ ...1616...- bw/2011

DECYZJA Nr 991/2011

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz.1027, z 2008 r. z późn. zm.) zwanej dalej ustawą oraz art. 104 i 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. Nr 98, poz.1071, z 2000 r. z późn. zm.) po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

„Arka-Med” sp. z o.o. prowadzącą NZOZ Centrum Medyczne „Arka-Med” w Tychach, ul. Nalkowskiej 27, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 01.12.2011 r. do dnia 31.12.2012 r.,

kod postępowania: 12-11-001922/POZ/0112/01.0000.157.16/1, prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 150 000 osób – ryczałt miesięczny.

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:

1. oddalić odwołanie **„Arka-Med” sp. z o.o. prowadzącej NZOZ Centrum Medyczne „Arka-Med” w Tychach, ul. Nalkowskiej 27** od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 23 listopada 2011 r., kod postępowania 12-11-001922/POZ/0112/01.0000.157.16/1, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej **w rodzaju:** podstawowa opieka zdrowotna, **w zakresie:** nocna i świąteczna opieka zdrowotna na obszarze zabezpieczenia do 150 000 osób – ryczałt miesięczny, prowadzonego przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ w Katowicach,
2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

UZASADNIENIE

W dniu 28.10.2011 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 01.12.2011 r. do 31.12.2012 r. w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 150 000 osób – ryczałt miesięczny, nr ogłoszenia **12-11-001922/POZ/0112/01.0000.157.16/1**.

Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 14.11.2011 r.

W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 146 878,00 zł. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 125 000,00 zł.

Odwołujący złożył ofertę w powyższym postępowaniu w dniu 14.11.2011 r., nr oferty 12-11-001922/POZ/0112/01.0000.157.16/1/2/0401.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, stwierdzając nieprawidłowe zdefiniowanie przez Oferenta pojęcia ryczałtu miesięcznego. W dniu 16.11.2011 r. Komisja zwróciła się do Oferenta o sprostowanie omyłki i ponowne złożenie oferty w formie elektronicznej i papierowej zawierającej prawidłowo określoną cenę i liczbę składającą się na wartość ryczałtu miesięcznego. Po sprostowaniu przez Oferenta formularza ofertowego w części VII, Komisja Konkursowa stwierdziła, że oferta Odwołującego nie zawiera braków.

Oferta została zakwalifikowana do części niejawnej konkursu ofert, w której działając na podstawie art. 148 ustawy oraz Zarządzenia Prezesa NFZ nr 73/2009/DSOZ z dnia 13.11.2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego się została uznana za niewybraną (3 miejsce w rankingu końcowym).

W dniu 23.11.2011 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie.

Oferent złożył odwołanie w terminie, uzasadniając je tym, że posiada wieloletnie doświadczenie w realizacji ww. zakresu usług medycznych i nie było zastrzeżeń co do jakości usług oraz tym, że oferta skonstruowana została w oparciu o współpracę z podwykonawcą dysponującym odpowiednimi pomieszczeniami, wyposażeniem, posiadającym specjalistyczne doświadczenie w realizacji tego typu usług oraz położenie obiektów w centrum miasta.

Odwołujący, prawidłowo poinformowany został o uprawnieniach wynikających z art. 10 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego i w dniu 09.12.2011 r. skorzystał z prawa wglądu do akt sprawy, nie wnosząc żadnych uwag.

Odwołanie na uwzględnienie nie zasługuje.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji powoływanej przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Dyrektor Oddziału bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania, i czy skutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa, winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, spełnić wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

- Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 49/2010/DSOZ z dnia 31.08.2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 85/2010/DSOZ z dnia 23.12.2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Ogłoszenie o konkursie ofert zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu w tym powyższych Zarządzeń. Nadto treść ich była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Ocena ofert w postępowaniu dokonywana była w oparciu o Zarządzenie Prezesa NFZ nr 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późniejszymi zmianami). Powyższe Zarządzenie zostało wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 pkt. 2 ustawy.

Zgodnie z ww. Zarządzeniem oceny ofert w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w ww. zakresie dokonuje się według kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Powyższe Zarządzenie bardzo precyzyjnie określa przez pryzmat jakich okoliczności każde z kryteriów jest oceniane. Zawiera również szczegółowe parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładne wskazanie sposobu oceny oferty pod względem kryterium ceny.

Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje do stosowania.

W postępowaniu złożono trzy oferty, w tym Odwołującego, które zostały poddane jednakowej kontroli w części jawnej postępowania pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych, jak również spełniania pozostałych warunków wymaganych od świadczeniodawców, stwierdzając, że zarówno Oferent jak i oferta spełniają wymogi określone w ww. przepisach.

Ponieważ Oferent spełniał wymagane warunki w tym formalno-prawne, to jego oferta zakwalifikowana została do części niejawnej postępowania i podlegała ocenie zgodnie z powyżej określonymi kryteriami.

Podkreślić zatem należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa w tym również tych określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na dokonanie

na podstawie art. 148 ustawy oraz zarządzenia Prezesa Funduszu nr 73/2009/DSOZ jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów.

Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy ze wszystkimi oferentami, którzy przeszli część jawną postępowania, przeprowadzono negocjacje, podczas których ustalono stanowiska w zakresie ceny ryczałtowej za jeden miesiąc udzielania świadczeń. W trakcie negocjacji Odwołujący skorzystał z prawa obniżenia ceny ryczałtowej, którą ustalono w wysokości 126 000,00 zł. Odzwierciedleniem dokonanych ustaleń jest podpisany przez Oferenta i Komisję Konkursową protokół końcowy z negocjacji.

Podkreślić należy, że podczas negocjacji oferenci poinformowani zostali, że zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Po zakończeniu negocjacji Komisja Konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny z uwzględnieniem wyników negocjacji.

Komisja Konkursowa dokonała wyboru oferenta w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu.

Wskazać należy, że punktacja w rankingu końcowym generowana przez system w oparciu o odpowiedzi zawarte w ofercie (z uwzględnieniem negocjacji) uniemożliwia różne punktowanie przez Komisję Konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Takim samym zasadom postępowania oraz jednolitym kryteriom oceny określonym w art. 148 ustawy i w Zarządzeniach Prezesa NFZ podlegały wszystkie oferty złożone i zakwalifikowane do części niejawnej postępowania konkursowego. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania, i co ważne nie mógł ich zmienić ani oferent ani zamawiający.

Oferta Skarżącego, która po negocjacjach opiewała na wartość 126 000,00 zł.(cena jednostkowa i rozliczeniowa) uzyskała łączną liczbę punktów 83,571 w tym: za cenę 50,000 pkt, ciągłość 5,000 pkt, jakość 11,571 pkt, dostępność 5,000 pkt, kompleksowość 12,000 pkt i usytuowana została na 3 - ostatnim miejscu w rankingu końcowym.

Oferta Odwołującego w rankingu odbiegała w tym zakresie od oferty wybranej, która uzyskała w sumie 95,000 pkt. Oferta Odwołującego uzyskała najniższą ze wszystkich ofert podlegających ocenie w części niejawnej postępowania ocenę za jakość, 11,571 pkt. Tymczasem wybrana oferta uzyskała za jakość 23 pkt. Wpływ na taką liczbę punktów uzyskanych przez ofertę za jakość miał fakt, że w ofercie (Cz. VIII formularza ofertowego „Ankiety”, rozdział 1.2 Personel) na pytania ankietowe: „Czy świadczenia są realizowane w tym samym czasie przez co najmniej 1 dodatkową pielęgniarkę, ponad minimalną obsadę pielęgniarską wymaganą na danym obszarze zabezpieczenia?” i „Czy świadczenia są udzielane w tym samym czasie przez co najmniej 1 dodatkowego lekarza, ponad minimalną obsadę lekarzy wymaganych na danym obszarze zabezpieczenia?” Oferent udzielił odpowiedzi przeczącej. O ilości punktów w tym kryterium zdecydował również brak certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych.

Za kryterium ciągłości, dostępności i kompleksowości oferta uzyskała maksymalną liczbę punktów, tak jak pozostałe oferty podlegające ocenie w części niejawnej postępowania. Jak widać z przeprowadzonej powyżej analizy największy wpływ na miejsce oferty w rankingu miały uzyskane przez nią punkty za jakość.

Zgodnie z § 3 ust. 4 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010/DSOZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, postępowanie w powyższym zakresie ma na celu wyłonienie jednego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń w jednym miejscu udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia. Wskazać należy, że zgodnie z dyspozycją § 3 ust. 3 ww. zarządzenia obszar zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej został określony w ogłoszeniu postępowania, dlatego niezależnie od ilości złożonych ofert w postępowaniu i uzyskanych przez nie punktów w rankingu końcowym, można było dokonać wyboru wyłącznie jednej oferty. W konsekwencji w niniejszym postępowaniu wyłoniona do realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie została oferta, która uzyskała najwyższą liczbę punktów. W tym miejscu wskazać należy, że Komisja Konkursowa nie dokonuje gradacji elementów, które podlegają ocenie, uznając część z nich za ważniejsze lub mniej istotne w stosunku do pozostałych. To łączna ilość punktów decyduje o pozycji świadczeniodawcy w rankingu końcowym.

W odwołaniu Oferent podnosi, że posiada wieloletnie doświadczenie w realizacji ww. zakresu usług medycznych i nie było zastrzeżeń co do jakości udzielanych świadczeń. Istotnym elementem w ocenie Odwołującego jest również fakt, że oferta skonstruowana została w oparciu o współpracę z podwykonawcą dysponującym odpowiednimi pomieszczeniami, wyposażeniem, posiadającym specjalistyczne doświadczenie w realizacji tego typu usług oraz położenie obiektów w centrum miasta. Podkreślić jednak należy, że żadne inne elementy niż określone stosownymi przepisami prawa nie miały i nie mogły mieć wpływu na ocenę oferty, rozstrzygnięcie postępowania i wskazanie w ogłoszeniu do zawarcia umowy oferentów w nim wymienionych.

Wskazać należy, że konkurs ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty niepodlegające odrzuceniu uszeregowywane są w ramach tzw. listy rankingowej od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Wyborowi podlegają oferty, które uzyskują określoną liczbę punktów, aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na dany zakres kontraktowanych świadczeń, wskazanych w ogłoszeniu postępowania jako wartość zamówienia. Wybór oferty dokonywany jest w oparciu o wyżej wymieniony ranking końcowy, który uwzględnia efekt przeprowadzonych negocjacji.

W konsekwencji działania Komisji Konkursowej, zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów nie mają na celu prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert, zadaniem Komisji Konkursowej jest wybór ofert najkorzystniejszych. Oferta Odwołującego nie została wybrana, bowiem na przedmiotowy konkurs

ofert złożono ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy.

Powyższe postępowanie Komisji Konkursowej nie naruszyło zatem określonej w art. 134 ustawy zasady równego traktowania świadczeniodawców. Zgodnie z zapisem artykułu 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania (w tym wyżej wskazaną) dokonując sprawdzenia złożonych ofert, ponieważ jej działanie było oparte na obowiązujących przepisach prawa. Stwierdzić zatem należy, że Komisja Konkursowa działała prawidłowo i nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w sposób który mógłby spowodować uszczerbek w interesie prawnym odwołującego.

Wobec powyższego przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 164, poz. 1027, z 2008 r. z późn. zm.) należało je oddalić.

Decyzji na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 164, poz. 1027, z 2008 r. z późn. zm.) od niniejszej decyzji stronie przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zygmunt Jelonek
w Katowicach

Otrzymują:

- 1) Świadczeniodawca,
- 2) Wydział Organizacyjny a/a,
- 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy,
- 5) Zespół Radców Prawnych.