

Katowice, dnia 13.03.2018 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Znak sprawy: **WOKS-I.422.10.2018**

Znak pisma: WOKS-I.W.68.KK.2018

DECYZJA Nr 12-1570/OD-4/WOKS/2018

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą oraz art. 104, 107 i 108 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez NZOZ Falmed B. Falkowska, J. Falkowski spółka jawna, ul. Krótka 4, 43-502 Czechowice-Dziedzice, zwanego dalej „Odwołującym”, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.04.2018 r. do 30.09.2021 r., kod postępowania: 12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01, w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne, w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu - zespół chirurgii jednego dnia, przy udziale stron:

1. Szpital Świętego Łukasza Spółka Akcyjna, 43-309 Bielsko-Biała, ul. Bystrzańska 94B

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ orzeka:

1. oddalić odwołanie,
2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

UZASADNIENIE

W dniu 29.09.2017 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił prowadzone w trybie konkursu ofert postępowanie poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.04.2018 r. do 30.09.2021 r., kod postępowania: 12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01, w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne, w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu - zespół chirurgii jednego dnia na obszarze obejmującym powiaty: bielski, cieszyński, żywiecki oraz miasto Bielsko-Biała. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 214.472,00 zł. Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 26.10.2017 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. W postępowaniu ogółem złożono 7 ofert. Odwołujący ofertę nr 12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01/03/0403 złożył w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno – prawnej złożonych ofert oraz potwierdziła spełnienie przez sześciu Oferentów wymagań określonych w przepisach prawa stwierdzając, że oferty braków formalnych nie zawierają. W części niejawnej postępowania, działając na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm.), Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. W dniu 16.02.2018 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie postępowania, dokonując wyboru jednej oferty.

Odwołujący złożył odwołanie w terminie, tj. 23.02.2018 r., podnosząc w nim następujące zarzuty:

- naruszenie zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym art. 134 ust 1 i ust 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych,
- naruszenie praw pacjenta.

W uzasadnieniu do złożonego odwołania, Odwołujący podniósł w szczególności, iż postępowanie przeprowadzone zostało z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, którzy przystąpili do postępowania konkursowego oraz naruszeniem zasady uczciwej konkurencji. Wskazuje przy tym ograniczenie przez Komisję Konkursową liczby zawartych umów tj. wybór, w przedmiotowym postępowaniu, tylko jednego oferenta. Odwołujący zarzuca również naruszenie praw pacjenta w zakresie równego traktowania wybranego podmiotu, w którym pacjent się leczy, co skutkuje brakiem możliwości zapewnienia ciągłości dalszego leczenia ubezpieczonym pacjentom. Odwołujący podnosi także, że o wyborze Oferenta decyduje system informatyczny, co uznaje za mało rzetelne. Wskazuje, że w innych postępowaniach, w których

wybranych zostało kilku Oferentów, w tym Odwołujący, system limitowania – podziału środków rządził się innymi prawami.

Do Stron niniejszego postępowania skierowano pismo informujące o wynikającym z art. 10 ustawy kodeks postępowania administracyjnego prawie wglądu do dokumentów i wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów, materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący z uprawnienia tego skorzystał w dniu 08.03.2018 r. nie wnosząc uwag. Z uwagi na konieczność wnikliwego rozpatrzenia wszystkich okoliczności sprawy oraz zapewnienia stronom czynnego udziału w postępowaniu, termin rozpatrzenia wniesionego odwołania został przedłużony do dnia 13.03.2018 r.

Rozpatrując odwołanie, należy podkreślić, że Dyrektor Oddziału bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję Konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się. Odwołujący wykazał i ma interes prawny we wniesieniu odwołania.

Oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, Oferenci przystępujący do postępowania winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, spełnić w szczególności wymagania określone m.in. w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 r. (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2295 z późn. zm.),
- Zarządzeniu Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.),
- Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.).

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o wskazane wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ogłoszenie o konkursie zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. Nadto ich treść była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ, jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, oceny ofert dokonuje się według kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Rozporządzenie wskazuje szczegółowo parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładny sposób oceny oferty pod względem kryterium ceny. Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza, co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 7 ofert. W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, jak również przeprowadziła kontrole u 6 Oferentów biorących udział w postępowaniu. Kontrola nie została przeprowadzona u Oferenta - Niepubliczny Wysokospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej Piotr Gruszczyk Sp. z o. o., 43-430 Skoczów, ul. Zofii Kossak-Szatkowskiej 24, którego oferta została odrzucona dnia 30.11.2017 r., z uwagi na niespełnienie wymaganych warunków określonych przepisami prawa. Podczas kontroli upoważnieni przedstawiciele Komisji Konkursowej dokonali porównania danych zawartych w ofertach, dotyczących personelu, miejsca wykonywania świadczeń i zasobów sprzętowych ze stanem faktycznym, co zostało odnotowane w załącznikach do protokołów kontroli. W wyniku przeprowadzonej weryfikacji nie została odrzucona żadna oferta.

Sześć ofert, jako spełniających wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, zostało zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na podstawie art. 148 ustawy na dokonanie jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów.

W toku prowadzonych prac Komisja Konkursowa podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu: stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, zweryfikowanie spełnienia wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych, potwierdzenie spełnienia warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, jak również zdolności Oferenta do realizowania proponowanej liczby świadczeń. Wskazać tutaj należy, że kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku prowadzonego postępowania. Oferty oceniane były według tych samych, określonych w art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), kryteriów wyboru ofert.

W wyniku weryfikacji treści oferty złożonej w przedmiotowym postępowaniu, Odwołujący wzywany był do uzupełnienia braków formalnych oferty oraz do przedstawienia wyjaśnień związanych z treścią odpowiedzi udzielonych na pytania ankietowe ujęte w części VIII formularza ofertowego „Ankiety”. Zarówno braki formalne, jak i wyjaśnienia złożone zostały przez Oferenta w terminie.

Działając na podstawie § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 z późn. zm.) Komisja Konkursowa wezwała Oferentów, w tym Odwołującego, do potwierdzenia prawidłowości udzielonych odpowiedzi ankietowych. W wyjaśnieniach Odwołujący nie wykazał spełnienia warunku dodatkowo ocenianego zawartego w pytaniu nr 1.2.3.1 „*Udzielenie świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach*

nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów - tylko na podstawie kontroli". W wyniku ustaleń Komisji Konkursowej poczynionych w oparciu o akta kontroli a przedstawionych Odwołującemu w piśmie z dnia 16 listopada 2017 roku Komisja dokonała technicznej zmiany odpowiedzi udzielonej na ww. pytanie z „NIE” na „TAK”, na co Odwołujący wyraził zgodę. Tym samym za odpowiedź na pytanie nr 1.2.3.1 Odwołujący uzyskał (-1) pkt. Techniczna zmiana udzielonej odpowiedzi ankietowej była konieczna, ponieważ ocenę oferty (punktację za poszczególne odpowiedzi ankietowe) generuje system wspomagający postępowanie konkursowe na podstawie odpowiedzi zawartych w elektronicznej wersji oferty. Czynność ta była niezbędna dla oceny oferty i przypisania jej prawidłowej liczby punktów za udzieloną odpowiedź ankietową. Uzyskana przez ofertę punktacja miała, bowiem istotny wpływ na pozycję Odwołującego w rankingu otwarcia generowanym przez Komisję Konkursową w części niejawnego postępowania.

Działając na podstawie § 17 ust. 2 ww. rozporządzenia w dniu 22 grudnia 2017 roku Komisja przeprowadziła u Odwołującego weryfikację, która potwierdziła prawdziwość i prawidłowość danych zawartych w złożonej ofercie. Weryfikacji przeprowadzonej w opisanym trybie podlegali wszyscy Oferenci uczestniczący w tym postępowaniu. W toku prowadzonego postępowania Komisja Konkursowa po weryfikacji złożonych ofert w zakresie spełnienia warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych porównała oferty przy pomocy systemu informatycznego wspomagającego postępowanie konkursowe.

Podkreślenia wymaga fakt, iż ocena ofert oparta była na odpowiedziach udzielonych przez Oferentów w ankietach złożonych w ww. postępowaniu, a działanie systemu informatycznego służącego do obsługi postępowania konkursowego uniemożliwiało pominięcie któregokolwiek z kryteriów oceny w stosunku do wszystkich ofert uczestniczących w postępowaniu konkursowym.

Zgodnie z postanowieniami art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w części niejawnego konkursu ofert Komisja Konkursowa mogła:

1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach (tj.: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny) lub

2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, Komisja Konkursowa w części niejawnego konkursu ofert mogła przeprowadzić negocjacje z Oferentami w celu ustalenia: liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Zestawienie obu powyższych regulacji prawnych prowadzi do wniosku, że przeprowadzenie negocjacji z Oferentami na zasadach określonych w art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem Komisji Konkursowej.

Z postanowień art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach wprost wynika, że przedstawienie najkorzystniejszej oferty pod względem niecenowych kryteriów wyboru ofert jest przesłanką wyboru oferty. Dlatego w przypadku, gdy oferta znajdująca się na pierwszym miejscu w rankingu otwarcia uzyskała wyższą łączną liczbę punktów i jednocześnie zmiana przez Odwołującego ceny podczas ewentualnych negocjacji nie poprawiłaby jego pozycji w rankingu otwarcia (wybrany Oferent uzyskał, bowiem 77,5 pkt w tym 20 punktów za kryteria cenowe, natomiast Odwołujący się uzyskał 75,5 pkt w tym 20 pkt za kryteria cenowe) to uzasadnione było działanie Komisji Konkursowej dokonane na podstawie art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, związane z dokonaniem wyboru (z uwzględnieniem kryteriów wyboru ofert) bez konieczności przeprowadzania negocjacji. Stwierdzić należy, że oferta Odwołującego była mniej korzystna w stosunku do Oferenta wyłonionego do realizacji świadczeń pod względem kryteriów niecenowych. Stąd mając na uwadze, że oferta Oferenta wyłonionego do realizacji świadczeń spełniała wszystkie wymogi i uzyskała na tyle wysoką liczbę punktów za kryteria niecenowe, iż Odwołujący swojej pozycji poprawić już nie mógł obniżeniem ceny, to dokonanie tzw. prostego wyboru bez przeprowadzenia negocjacji było uzasadnione, biorąc pod uwagę, że Oferent wyłoniony do realizacji świadczeń złożył ofertę na wartość wyczerpującą kwotę postępowania. Ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Lp	Pozycja w rankingu	Pozycja w rankingu otwarcia	Kod świadcz.	Kod oferty	Nazwa świadczeniodawcy	Punkty za ofertę cenową	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łączne	Spełnia wymagania bezwzględne	Status negocjacji
1	1	1	122/212571	12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01/5/0403	Szpital Świętego Łukasza Spółka Akcyjna	20	57,5	77,5	Tak	
2	2	2	122/202829	12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01/3/0403	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej FALMED B. Falkowska, J. Falkowski spółka jawna	20	55,5	75,5	Tak	
3	3	3	122/202444	12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01/2/0403	MEDICUS Maurycy Jakubiec Urszula Jakubiec Spółka Jawna	10	56	66	Tak	
4	4	4	122/200320	12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01/6/0403	POLI-MED BIELSKO spółka z o.o. GALENA Spółka Komandytowa	20	45	65	Tak	
5	5	5	122/202791	12-18-000016/LSZ/03/1/03.4580.032.02/01/4/0403	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Lekarskie ALFA Spółka Jawna Ryszard Sędziak i Wspólnicy	20	41,5	61,5	Tak	

6	6	6	122/2087 07	12-18- 000016/LSZ/03/1/03 .4580.032.02/01/1/0 403	Biel-Med. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	10	43,5	53,5	Tak	
---	---	---	----------------	--	---	----	------	------	-----	--

Jednocześnie, zauważyć należy, że wynikający z art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach obowiązek zaproszenia do negocjacji, co najmniej dwóch podmiotów leczniczych, aktualizuje się w momencie podjęcia przez Komisję Konkursową decyzji o ich przeprowadzeniu. Samo przeprowadzenie negocjacji nie jest obligatoryjne. Przepisy ustawy o świadczeniach wprost przyznają Komisji Konkursowej prawo do dokonania wyboru Oferenta do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bez konieczności przeprowadzenia negocjacji cenowo – liczbowych.

W efekcie prowadzonych przez Komisję w przedmiotowym postępowaniu czynności wybrana została oferta, która uzyskała najwyższą liczbę punktów za kryteria cenowe i niecenowe. Bezsportnym pozostaje również to, że oferta Odwołującego, w stosunku do wybranej oferty, uzyskała niższą o 2 liczbę punktów. Tym samym podnoszony przez Odwołującego zarzut, że prowadzone postępowanie odbyło się z pominięciem zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców nie znajduje potwierdzenia.

Podkreślenia wymaga, że cenowe oraz niecenowe kryteria oceny ofert zostały określone w akcie prawnym powszechnie obowiązującym tj. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 05 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym Komisja Konkursowa była nimi bezwzględnie związana, co oznacza, że nie mogła dokonywać oceny ofert wg swojego uznania, a w szczególności poprzez stosowanie innych niż wymienione w rozporządzeniu kryteriów oceny. Odwoływanie się do innych postępowań konkursowych jest nietrafne. Wskazać należy, że wskutek złożonego odwołania zostało wszczęte postępowanie administracyjne w indywidualnej sprawie Odwołującego. Rolą Dyrektora jest ustalenie czy w tym konkretnym postępowaniu konkursowym Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad postępowania w sposób powodujący uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego.

Komisja Konkursowa przyjęła wskaźniki jednolite dla wszystkich postępowań, których celem było ustalenie, po przejściu oferty do części niejawnego postępowania, propozycji ilościowo-wartościowej w aspekcie złożonej oferty.

Komisja Konkursowa dokonała analizy oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału wykonawczego oferentów (liczba łóżek w oparciu o rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą) oraz danych ujętych w realizowanych w 2017 roku umowach (plan umów, rzeczywiste wykonanie świadczeń, średnia wartość przypadająca na 1 łóżko w zakresie). Do ustalania zasad limitowania w ramach wszystkich zakresów świadczeń zostały uwzględnione:

- roczna (za 2017 rok według stanu danych na dzień 09.01.2018 r.) wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. trybie, odrębnie w poszczególnych zakresach (globalnie do zakresu i indywidualnie dla danego świadczeniodawcy),

- roczne (za 2017 rok według stanu danych na dzień 09.01.2018 r.) rzeczywiste wykonanie świadczeń, odrębnie w poszczególnych zakresach (globalnie do zakresu i indywidualnie dla danego świadczeniodawcy),

- liczba łóżek świadczeniodawców realizujących świadczenia w 2017 roku w ww. trybie,

- liczba łóżek nowych podmiotów leczniczych, którzy złożyli oferty w postępowaniach.

Roczną wartość umów w danym zakresie podzielono przez łączną liczbę łóżek (według stanu na dzień 01.01.2017r.) określoną w rejestrach podmiotów wykonujących działalność leczniczą realizujących w 2017 roku umowy oraz przez 4. Uzyskano średnią wartość świadczeń przypadającą na 1 łóżko na kwartał (wartość ogłoszonych postępowań została określona na jeden kwartał).

Przygotowując propozycje wartości do negocjacji Komisja przyjęła następujące założenia i wskaźniki:

- wartość tzw. bazowa dla oferty określona, jako iloczyn średniej wartości na 1 łóżko na kwartał oraz liczby łóżek dla danego miejsca realizacji świadczeń,

- wskaźnik za pozycję oferty zajmowaną w rankingu po negocjacjach cenowych (% za liczbę pkt w oparciu o ranking po negocjacjach cenowych),

- wskaźnik dla nowych miejsc udzielania świadczeń (70% wartości bazowej, pozostałe oferty 100% wartości bazowej) - z uwagi na brak kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń w danym zakresie,

- wskaźnik uwzględniający dostęp do świadczeń (kompleksowość, dodatkowe wymagania wobec podmiotów leczniczych - dodatkowo 10% wartości bazowej dla zakresu skojarzonego dotyczącego świadczeń związanych z leczeniem zaćm),

- wskaźnik uwzględniający oferowany harmonogram pracy (% gradacja w odniesieniu do oferowanego przez poszczególne podmioty lecznicze tygodniowego harmonogramu czasu pracy),

- wskaźnik uwzględniający większą średnią wartość zrealizowanych świadczeń na 1 łóżko na kwartał (wartość na 1 łóżko u Oferenta wyższa od średniej dla zakresu na podstawie rzeczywistego wykonania – wskaźnik obliczony do wartości bazowej % maksymalnie dodatkowo 50% wartości bazowej) – większa liczba realizowanych świadczeń, krótsze planowane hospitalizacje, specjalizacja w danym zakresie świadczeń, co może skutkować entropią świadczeń w ramach umowy.

W sytuacji, gdy obliczona wartość dla poszczególnych miejsc realizacji świadczeń w danym postępowaniu znacznie odbiegała od wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym Komisja Konkursowa po zbadaniu, w jakim stopniu świadczeniodawca realizował kontrakt wprowadziła wskaźnik ograniczający możliwość przeszacowania kontraktu.

Oferent wyłoniony do realizacji świadczeń złożył ofertę na wartość wyczerpującą kwotę postępowania. Zaproponowana przez niego liczba świadczeń, po dokonaniu analizy w zakresie posiadanego potencjału oraz dotychczasowej dynamiki realizacji świadczeń, uznana została za realną

do zrealizowania. Jednocześnie Komisja Konkursowa nie może przekroczyć określonej w ogłoszeniu wartości postępowania, a środki, które pozostały, nie pozwoliły na wybór kolejnej oferty z rankingu.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie oraz wskazanych wcześniej aktach wykonawczych Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ. Komisja Konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwił zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów. W świetle powyższych okoliczności należy uznać, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania nie dokonując wyboru oferty Odwołującego. Działanie Komisji w tym zakresie było prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Stwierdzić, zatem należy, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłoby 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 należało je oddalić jak w sentencji decyzji.

Ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego w związku z koniecznością zapewnienia świadczeń w obszarze zabezpieczenia i zawarcia umowy w tym względzie, decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), od niniejszej decyzji Stronom przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który wnosi się do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

Alternatywnie, na podstawie art. 127a, w zw. z art. 127§ 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego stosowanym odpowiednio stronie przysługuje:

- prawo zrzeczenia się prawa wniesienia do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy; Oświadczenie o zrzeczeniu należy złożyć do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

w Katowicach oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna;

- albo na podstawie art. 52 § 3, art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1369 z późn. zm.) stronie przysługuje prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach, z pominięciem wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia. Na podstawie art. 211, art. 212 § 1, art. 214, art. 219 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi oraz na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2003 r., Nr 221, poz. 2193 z późn. zm.) strona jest zobowiązana uiścić wpis stały od skargi w wysokości 200 złotych bezpośrednio na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach lub uiścić gotówką do kasy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Końcówki opłat zaokrąglą się wzwyż do pełnych złotych. Jeśli strona spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o zwolnienie od kosztów albo przyznanie prawa pomocy.

Dyrektor
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach

Jerzy Szafrańc

Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

- 1) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej FALMED B. Falkowska, J. Falkowski spółka jawna, 43-502 Czechowice-Dziedzice, Krótka 4
- 2) Szpital Świętego Łukasza Spółka Akcyjna, 43-309 Bielsko-Biała, Bystrzańska 94B
- 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy i Współpracy Międzynarodowej w miejscu
- 5) Wydział Organizacyjny, Kadr i Szkoleń w miejscu a/a