

Katowice, dnia 29 lutego 2012 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w KatowicachWO-0212-28 ³²⁵.....- kb/12**DECYZJA Nr ⁸⁴...../2012**

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: **Szpital Wielospecjalistyczny Sp. z o.o. prowadzącą NZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Gliwicach, ul. Kościuszki 1**, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: **12-12-000771/LSZ/03/1/1**, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06,

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:

1. oddalić odwołanie **Szpitala Wielospecjalistycznego Sp. z o.o. prowadzącej NZOZ Szpital Wielospecjalistyczny w Gliwicach, ul. Kościuszki 1**, od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 22.12.2011 r., kod postępowania: **12-12-000771/LSZ/03/1/1**, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, prowadzonego przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ w Katowicach,
2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

UZASADNIENIE

W dniu 22.12.2011 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 01.02.2012 r. – 31.12.2014 r. w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: okulistyka – hospitalizacja, okulistyka – hospitalizacja B12, B13, B14, B15, okulistyka – hospitalizacja B04, B05, B06, nr ogłoszenia 12-12-000771/LSZ/03/1/1. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 05.01.2012 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. Ogółem złożono 15 ofert. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 63 081 512,00 zł, a wartość rozstrzygnięcia wyniosła 63 079 242,00 zł. Odwołujący złożył ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-000771/LSZ/03/1/1/3/0403.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja Konkursowa dokonując oceny formalno – prawnej złożonych ofert stwierdziła w ofercie Odwołującego rozbieżności pomiędzy odpowiedzią na pytanie ankietowe 1.7.3.2. zawarte w części VIII formularza ofertowego „Czy oferent spełnia warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grupy B11, B12, B13, B14, B15, B72, B73, B74 wymienione w załączniku nr 3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w ppkt 32.4?”, a zawartością merytoryczną oferty. Komisja Konkursowa wezwała Oferenta do złożenia wyjaśnień. Po otrzymaniu przedmiotowych wyjaśnień Komisja Konkursowa potwierdziła prawidłowość odpowiedzi na ww. pytanie ankietowe. W części niejawnej postępowania konkursowego, w której działając na podstawie art. 148 ustawy oraz Zarządzenia Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) 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 nie została wybrana. Ranking końcowy obejmował 15 miejsc realizacji świadczeń. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór ofert od pozycji 1 do 11 w rankingu końcowym.

W dniu 24.01.2012 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie.

Oferent złożył w terminie odwołanie wnosząc o ponowne rozpatrzenie oferty nr 12-12-000771/LSZ/03/1/1/3/0403. Oferent stwierdził, że Komisja Konkursowa naruszyła zasady równego traktowania świadczeniodawców oraz nie przestrzegała określonych w ogłoszeniu procedur. Odwołujący zarzucił, że wskazane warunki wymagane od świadczeniodawców oraz kryteria oceny ofert były niejasne i niezgodne z prawem, a faktyczne zasady prowadzenia postępowania nie były znane oferentom. Według Odwołującego na ocenę merytoryczną oferty może wpływać tylko spełnienie warunków wymaganych, a nie warunków dodatkowo ocenianych, których wprowadzenie i stosowanie było niezgodne z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Odwołujący stwierdził, że Jego oferta spełniała wszystkie wymagania ustawowe oraz wymagania wskazane w art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, a oceniona została na podstawie warunków dodatkowo ocenianych (nie wymaganych), co spowodowało, że oferta została sklasyfikowana na ostatniej pozycji w rankingu. Odwołujący

stwierdził również, że wprowadzenie do przedmiotowego konkursu warunków dodatkowo ocenianych narusza przepis art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy. Ponadto według Odwołującego art. 142 ustawy, jak również zarządzenia Prezesa nie precyzują, w jaki sposób dokonuje się wyboru ofert, z którymi Komisja przeprowadza negocjacje. W ocenie Odwołującego działania Komisji w tym zakresie są całkowicie dowolne. Opisany stan rzeczy, zdaniem Odwołującego, narusza jego interes prawny i dlatego wnosi On o ponowną ocenę oferty lub unieważnienie postępowania konkursowego.

Odwołanie na uwzględnienie nie zasługuje.

Do strony 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 w dniu 13.02.2012 r. skorzystał z prawa wglądu do akt sprawy, z powyższej czynności został sporządzony protokół, w którym Odwołujący stwierdził, że Komisja Konkursowa zmieniła odpowiedź ankietową nr 1.1.1.1 z „Tak” na „Nie”, nie informując o tym oferenta. W dniu 20.02.2012 r. Odwołujący złożył pismo, stanowiące uzupełnienie protokołu z wglądu do akt, w którym zarzuca, że ocena przez Komisję Konkursową odpowiedzi ankietowej nr 1.1.1.1, (część VIII oferty) jest niezgodna z prawem.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umów 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 wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się.

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

- Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

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 była dokonywana w oparciu o Zarządzenie Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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 leczenie szpitalne w ww. zakresie dokonuje się według kryteriów ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności 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 (Załącznik nr 1 i Załącznik nr 2 do ww. Zarządzenia).

Nie ma podstaw stwierdzenie Odwołującego, że z Zarządzeń Prezesa nie wynikają w sposób jasny warunki wymagane od świadczeniodawców, kryteria oceny ofert oraz, że są one niezgodne z prawem. Przekonanie Oferenta, co do zgodności z prawem wydanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Zarządzeń nie może być zarzutem wobec Komisji Konkursowej. Komisja Konkursowa nie jest organem uprawnionym do zmiany, uchyleń lub niestosowania obowiązujących przepisów prawa, w tym Zarządzeń Prezesa NFZ.

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 wymienionym postępowaniu zostało złożonych 15 ofert. Wszystkie oferty – w tym Odwołującego - 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. 15 ofert spełniających wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, w tym warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy (także oferta Odwołującego w całości), zostało zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania. Podkreślić 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 54/2011/DSOZ jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów. Zgodnie bowiem z treścią art. 142 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 164 poz. 1027 z 2008r. z późn. zm.) w części niejawnej konkursu ofert komisja może 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 postępowania.

Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami którzy przeszli część jawną postępowania, podczas których ustalono stanowiska w zakresie ceny i liczby oferowanych świadczeń.

Odnosząc się do zarzutu niezaproszenia na negocjacje wyjaśnić należy, iż zgodnie z art. 142 ust. 7 ustawy Komisja Konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma

oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Do negocjacji została zaproszona taka liczba oferentów, która zapewniła możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Przesłanką niezaproszenia Oferenta do negocjacji była niska ocena oferty uzyskana na podstawie kryteriów niecenowych (ciągłość, kompleksowość, jakość, dostępność). Odwołujący uzyskał łącznie 25,542 pkt. W stosunku do ostatniej (czyli posiadającej najmniejszą liczbę punktów za kryteria niecenowe) oferty zaproszonej do negocjacji, oferta Odwołującego posiadała o ponad 15 pkt mniej. Dlatego też, w oparciu o art. 142 ust. 7 ustawy Oferent nie został zaproszony do negocjacji. Nie sposób zgodzić się w związku z tym z twierdzeniem, iż pominięcie Jego oferty w negocjacjach stanowiło naruszenie procedur i przepisów prawa. Wskazać należy, że uzyskana niska ilość punktów za kryteria niecenowe uniemożliwiła Oferentowi skuteczne podniesienie swojej pozycji w rankingu.

Komisja Konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich nieodrzuconych ofert. Oferta Odwołującego opiewała na wartość 3 401 860,00 zł (4 600 x 51,70 zł wyróżnik 03.4600.030.02-1 i 61 200 x 51,70 wyróżnik 03.4600.130.02-1) i uplasowała się w rankingu końcowym na 15 (ostatniej) pozycji z łączną liczbą punktów 36,119 (w tym za ciągłość 5 pkt, kompleksowość 3,875 pkt, jakość 11,667 pkt, dostępność 5 pkt, cenę 10,577 pkt).

Zaznaczyć należy, że ostatnia wybrana oferta z pozycji 11 w rankingu końcowym uzyskała 50,646 pkt w łącznej ocenie (w tym za ciągłość 10 pkt, kompleksowość 7,313 pkt, jakość 18,333 pkt, dostępność 5 pkt, cenę 10 pkt).

Za kryterium ciągłości oferta Odwołującego uzyskała 5 pkt. Większą ilość punktów w tym kryterium Oferent mógł uzyskać gdyby posiadał wpis w rejestrze: część VIII kodu resortowego 1602 poradnia leczenia jaskry.

Kompleksowość jest kolejnym kryterium pod względem, którego oferty podlegały ocenie. Oferta Odwołującego uzyskała w tym zakresie 3,875 pkt. Wpływ na taką liczbę punktów miał fakt, że świadczeniodawca nie zapewnia realizacji badań: RM, TK, angiografii i/lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA), tomografii wielorzędowej (WRTK) oraz badań histopatologicznych śródoperacyjnych w lokalizacji.

Za kryterium jakości oferta uzyskała najniższą ocenę w rankingu – 11,667 pkt. W kryterium tym, oceniane były takie parametry jak: personel, sprzęt i aparatura medyczna, zewnętrzna ocena jakości oraz wyniki kontroli. W zakresie parametru personel dodatkowe punkty można było uzyskać wówczas, gdyby Oferent zapewniał dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalisty okulistyki. W parametrze sprzęt i aparatura medyczna oferta mogła uzyskać dodatkowe punkty za zapewnienie zestawu witrektomu - w lokalizacji. Jeśli chodzi o zewnętrzną ocenę jakości, to dodatkowe punkty oferta mogła otrzymać, gdyby Oferent posiadał certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy. Biorąc zaś pod uwagę ocenę oferty pod względem wyników kontroli rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym, w żadnym z rozpatrywanych elementów nie doszło do obniżenia punktów. Z oferty

wynika, że nie zachodzi sytuacja obniżenia jakości świadczeń, ani ograniczenia dostępności do świadczeń, nie wykazano też, by miała miejsce nieprawidłowa realizacja świadczeń, czy nieuprawnione zmiany warunków umowy, bądź inne naruszenia postanowień umowy, nie było też negatywnego wyniku rekontroli.

Komisja Konkursowa dokonała też oceny ofert w kryterium dostępności, w którym oferta uzyskała maksymalną liczbę punktów.

Za cenę można było uzyskać maksymalnie 20 punktów. Oferta Odwołującego uzyskała 10,577 pkt. Cena w wysokości 52 zł za punkt rozliczeniowy była ceną sugerowaną przez NFZ, czyli wskazaną wszystkim oferentom w informacji na stronie internetowej Oddziału. Maksymalną ilość punktów można było uzyskać za propozycję cenową na poziomie 46,80 zł za punkt, a więc poniżej ceny oczekiwanej przez zamawiającego. Podkreślić należy, że każda wysokość ceny zaproponowanej poniżej lub powyżej ceny oczekiwanej miała wpływ na ilość otrzymanych punktów za to kryterium oceny. Odwołujący w ofercie podał cenę 51,70 zł za punkt rozliczeniowy. Punkty za cenę obliczane są na podstawie wzoru zawartego w załączniku nr 2 do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

W wyniku przeprowadzonego postępowania oferta nie została wyłoniona do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej ze Śląskim OW NFZ. Oferta znalazła się pod tzw. linią odcięcia z uwagi na uzyskaną liczbę punktów oceny.

Odnosząc się do zarzutu nierównego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy zaznaczyć trzeba, że wybór ofert dokonywany jest przy pomocy systemu wspomagającego postępowanie konkursowe w oparciu o ranking końcowy, sporządzony w oparciu o informacje złożone w ofertach. Wskazać należy, że wybrane oferty na 11 miejsc wykonywania świadczeń, zabezpieczają w równym stopniu potrzeby świadczeniobiorców w omawianym zakresie świadczeń. W tym miejscu zaznaczyć należy, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 146 delegacja do wydania przez Prezesa dokumentu określającego kryteria oceny ofert. Celem realizacji dyspozycji tego przepisu Prezes Funduszu wydaje zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Zgodnie z powyższym, naruszeniem art. 134 ust. 1 byłoby stosowanie wobec niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów, co w niniejszym postępowaniu nie miało miejsca. W związku z powyższym nie sposób zgodzić się z zarzutem Odwołującego

o naruszeniu art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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 związku z powyższym stwierdzić należy, iż Komisja Konkursowa przyjmując ofertę jako spełniającą wymogi formalno-prawne oraz dokonując jej oceny według jednolitych kryteriów oceny określonych powyższym Zarządzeniem Prezesa, zasad postępowania nie naruszyła. Wskazać należy, że punktacja w rankingu końcowym generowana przez system oparta jest na informacjach zawartych w ofercie z uwzględnieniem przeprowadzonych negocjacji dotyczących liczby i ceny proponowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez Komisję Konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy kryteria oceny oferty warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania, i co ważne nie mógł ich zmienić ani oferent, ani zamawiający. Kryteria te są podstawą oceny wszystkich ofert i jakakolwiek ingerencja Komisji Konkursowej w wygenerowaną liczbę punktów jest niemożliwa. Wygenerowana punktacja stanowi podstawę końcowej listy rankingowej.

Należy mieć również na względzie, że konkurs ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty nie podlegające 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.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na powyższe postępowanie uniemożliwiło wybranie wszystkich ofert, w tym również oferty składającego odwołanie. Wybranie oferty Odwołującego skutkowałoby niewybraniem jednej z ofert, która otrzymała wyższą ocenę punktową. W ten sposób Komisja Konkursowa naruszałaby zasadę równego traktowania stron.

Odnosząc się do uwag zawartych w protokole z wglądu do akt oraz piśmie przesłanym do Śląskiego OW NFZ stanowiącym uzupełnienie do odwołania, informuję, że Komisja Konkursowa zmieniła odpowiedź ankietową nr 1.1.1.1 na podstawie wykazanego w szczegółach oferty tygodniowego wymiaru zatrudnienia lekarzy okulistów. Zgodnie z pkt 32.2 Załącznika nr 3 do Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (z późn. zm.), w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, warunkiem wymaganym do realizacji świadczeń w zakresie okulistyka - hospitalizacja jest:

1. równoważnik dwóch etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie okulistyki, w tym ordynator – specjalista w dziedzinie okulistyki (co daje 75 godzin 50 minut tygodniowo),

2. udokumentowane zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia – lekarz specjalista okulistyki lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w okulistyce lub w trakcie specjalizacji z okulistyki określone w harmonogramie zasoby (co daje 130 godzin 5 minut tygodniowo).

Warunki dodatkowo oceniane (w przeliczeniu na tygodniowy czas pracy personelu) – dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie okulistyki (co daje 75 godzin 50 minut tygodniowo). Z powyższych warunków wynika, że każdy podmiot chcący spełnić warunki podstawowe (205 godzin 55 minut) i dodatkowo rankingowane, powinien udokumentować zatrudnienie personelu lekarskiego w łącznym wymiarze czasu pracy przynajmniej 281 godzin 45 minut tygodniowo. Tymczasem w ofercie Odwołującego wykazano specjalistów z zakresu okulistyki w łącznym wymiarze czasu pracy 194 godzin 50 minut, lekarzy bez specjalizacji – 26 godzin, co dało łącznie 220 godzin 50 minut.

Komisja Konkursowa nie poinformowała Oferenta o zmianie odpowiedzi ankietowej, a wcześniej nie wezwała Go do złożenia wyjaśnień, gdyż liczba godzin pracy zatrudnionego personelu nie budziła żadnych wątpliwości, a tylko w takich przypadkach proszono oferentów o wyjaśnienia.

Odnosząc się do zarzutu, że warunki wymagane od świadczeniodawców oraz kryteria oceny ofert były niejasne i niezgodne z prawem, a faktyczne zasady prowadzenia postępowania nie były znane oferentom, wskazać należy, że zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktach wykonawczych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 139 ust. 5 ustawy. Zasady te były znane wszystkim oferentom biorącym udział w postępowaniu, w tym również Odwołującemu. Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje do stosowania.

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 Świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich oferentów.

W konsekwencji działania Komisji Konkursowej zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju w ramach zaplanowanych na ten cel środków, 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 złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

W świetle powyższych okoliczności stwierdzić należy, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron. Takie postępowanie Komisji Konkursowej było zgodne z przepisami ustawy oraz Regulaminem pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyjętym Uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania dokonując sprawdzenia złożonych ofert, w tym 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 (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.

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA
DZ. EKONOMICZNO-FINANSOWYCH

Dorota Suchy

.....
Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

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