

DP.422.11.2017

Warszawa ...23 czerwca..... 2017 r.

WYCH-89822/2017

Odwołujący:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Celestynowie
ul. Regucka 5
05-430 Celestynów

Strona postępowania:

SPZOZ Szpital Specjalistyczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
w Otwocku
ul. Bolesława Prusa 1/3
05-400 Otwock

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy Centrum
Medycznego Kształcenia Podyplomowego
ul. Konarskiego 13
05-400 Otwock

Marek Grodzki
ul. Moniuszki 16/94
43-100 Tychy

Centrum Medyczne Józefów Sp. z o.o.
ul. Armii Krajowej 5,
05-410 Józefów

Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o.
Zagórze k. Warszawy
05-462 Wiązowna

SPZOZ w Kołbieli
ul. Szkolna 3
05-340 Kołbiel

DECYZJA NR 10/2017/ODW

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.) w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. 2016 r., poz. 23 z późn. zm.):

ODD A L A M

odwołanie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-17-000274/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie

zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna

UZASADNIENIE

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej ustawą, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia (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 3 ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stronami postępowań, o których mowa w art. 154 ust. 1-3 ustawy, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

2. W dniu 20 marca 2017 r. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-17-000274/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do dnia 30 czerwca 2022 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie sześciu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość postępowania wynosiła 140 721,75 zł.

Na postępowanie wpłynęło dziewięć ofert. Odwołujący złożył ofertę z zachowaniem terminu określonego w ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w rozporządzeniu 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. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), tj. ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności oraz ceny.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania w dniu 2 czerwca 2017 r. do udzielania świadczeń wybrano sześciu oferentów, których oferty uzyskały najwyższą liczbę punktów. Ranking końcowy postępowania został przedstawiony w załączniku do decyzji.

W dniu 9 czerwca 2017 r. do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie. Tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie. W odwołaniu podniesiono zarzut niewybrania oferty, wskazując m.in. na fakt posiadania przez Odwołującego wieloletniej umowy, pozbawienie mieszkańców dostępu do świadczeń w związku z niewybraniem oferty Odwołującego oraz przebieg negocjacji uniemożliwiający podjęcie merytorycznej dyskusji.

W oparciu o wskazane powyżej zarzuty Odwołujący wniósł o ponowną ocenę oferty.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016, poz. 23 z późn. zm.) zwanym dalej k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

3. W ocenie Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ odwołanie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Celestynowie, nie zasługuje na uwzględnienie z następujących przyczyn.

Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług, co kształtuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. VII SA/Wa 2012/08). Poza ustaleniem samego faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany jest do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Skuteczne wniesienie odwołania jest zatem ściśle uzależnione od związku przyczynowo - skutkowego pomiędzy naruszeniem zasad postępowania a uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy.

Należy zauważyć, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz, że ma on wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września, sygn. akt I SA 2326/00). Tak pojmowany interes prawny oferenta polega na tym, żeby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając przewidziany prawem zakres swobody komisji konkursowej, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami.

4. Odnosząc się do argumentacji przedstawionej przez Odwołującego, na wstępie należy wskazać, z jakich przyczyn oferta Odwołującego nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń,

ponieważ jego oferta otrzymała zbyt niską łączną liczbę punktów. Oferta Odwołującego uzyskała 5 pkt za ofertę cenową, 6 pkt za ciągłość, 15 pkt za kompleksowość, 2 pkt za jakość, 0 pkt za dostępność – łącznie 28 pkt. Kryterium decydującym o zajęciu przez Odwołującego odległego, ósmego miejsca w rankingu końcowym było przede wszystkim kryterium jakości, za które Odwołujący uzyskał zaledwie 2 pkt za posiadanie indywidualnej dokumentacji medycznej. Odwołujący nie przedstawił certyfikatów jakości, wykazał również minimalną wymaganą podstawę czasu pracy lekarza, co wiązało się z brakiem uzyskania dodatkowych punktów i ostatecznie niską oceną jego oferty.

W ocenie Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przedstawione przez Odwołującego stanowisko nie ma wpływu na finalną ocenę oferty dokonywaną przez Komisję konkursową, nie stanowi ponadto wyrazu zakwestionowania prawidłowości i słuszności podejmowanych przez komisję rozstrzygnięć. Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego, pomimo spełnienia przez niego wymaganych warunków, była zbyt niska łączna liczba punktów.

Należy wyjaśnić, że metodyka wyliczenia punktów składających się na ocenę zawartą w rankingu powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny. Powyższe narzędzie informatyczne służące do wyliczenia punktacji dokonuje go na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w konkursie świadczeniodawców. Uprawnione jest zatem twierdzenie, że to sam oferent determinuje ilość punktów które uzyska w omawianym tu rankingu końcowym. Podkreślenia wymaga, że postulat równego traktowania oferentów o którym mowa w art. 132 ustawy jest tutaj realizowany poprzez fakt jednolitego zastosowania powyższego narzędzia informatycznego służącego do sporządzenia rankingów, obiektywnie wykluczający uznaniowość członków Komisji konkursowej. Powyższe oznacza, że odpowiedzi udzielane na pytania ofertowe przez oferentów oraz poszczególne składowe oferty, skutkują taką samą ilością punktów w przypadku wyliczenia punktacji dla każdej oferty. Zestawienie powyższej punktacji składa się na ranking końcowy.

Weryfikacja ofert w zakresie liczby oferowanych świadczeń i przygotowanie propozycji do negocjacji dla oferentów Komisja konkursowa przeprowadzała w szczególności w oparciu o dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym. Ponadto Komisja konkursowa brała pod uwagę strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagania jakościowe zawarte w szczegółowych materiałach.

Komisja konkursowa dokonała wszechstronnej analizy złożonych ofert, w szczególności pod kątem spełnienia przez oferentów kryteriów określonych w rozporządzeniu 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. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), tj. ciągłości, kompleksowości, jakości, dostępności oraz ceny. Dodać należy, że kryteria te, wynikające z w/w rozporządzenia, zostały również wyrażone przez ustawodawcę w art. 148 ustawy, zgodnie z którym porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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 kalkulacje kosztów. Wynik porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy znajduje swoje odzwierciedlenie w rankingu końcowym. Oceniona w opisany powyżej sposób oferta Odwołującego znalazła się na odległym miejscu w rankingu końcowym i nie została wybrana do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołujący wskazuje, że nieprzerwanie od 17 lat świadczy usługi dla pacjentów kilku gmin powiatu otwockiego z zakresu ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w ramach umowy z Funduszem. Fakt nieprzerwanego posiadania umowy nie jest wystarczającą przesłanką do jej automatycznego przedłużenia, oferenci biorący udział w postępowaniu konkursowym oceniani są na tych samych zasadach, według jednolitych kryteriów. Z uwagi na fakt posiadania wieloletniej umowy oferta Odwołującego otrzymała 6 pkt za ciągłość, natomiast za pozostałe kryteria uzyskała znacznie mniej punktów, co ostatecznie przesądziło o jej niskiej pozycji w rankingu końcowym.

Odwołujący podnosi również, że niewybranie jego oferty będzie skutkowało pogorszeniem dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, a zarejestrowani pacjenci zostaną pozbawieni świadczeń opieki zdrowotnej. Z takim argumentem również nie można się zgodzić. W wyniku przeprowadzonego postępowania do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybrani zostali oferenci, których miejsca udzielania świadczeń znajdują się w Kołbieli, Zagórzcu i po 2 miejsca w Otwocku i Józefowie. Są to miejsca stosunkowo dobrze skomunikowane z pozostałymi miejscowościami na terenie powiatu, np. z Celestynowa do Otwocka i Józefowa można dojechać koleją, odległość pomiędzy Celestynowem a pozostałymi miejscowościami, w których zlokalizowane są miejsca udzielania świadczeń, wynosi najwyżej 15 km. Oczywiście dobre skomunikowanie wszystkich miejscowości

z terenu powiatu z całą pewnością poprawiłoby dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, jednakże nie jest to czynnik, na który Komisja konkursowa ma jakikolwiek wpływ i nie może stanowić kryterium samodzielnie przesądzającego o dokonaniu wyboru oferty. Należy również wskazać, że pojęcie dostępności powinno być rozumiane zgodnie z definicją określoną w rozporządzeniu 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. 2016, poz. 1372 z późn. zm.), a oferta Odwołującego oceniona przez Komisję konkursową na zasadach określonych w tym rozporządzeniu za dostępność uzyskała 0 pkt.

Z kolei jeżeli chodzi o zarzut pozbawienia pacjentów dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w związku z niewybraniem oferty Odwołującego, jest to również zarzut całkowicie chybiony. Postępowanie konkursowe zostało ogłoszone w celu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza na terenie całego powiatu otwockiego. Niewybranie oferty Odwołującego, którego miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane jest w miejscowości Celestynów nie powoduje, że pacjenci z tego obszaru zostali pozbawieni dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Tak jak wskazano powyżej, do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zostali wybrani oferenci, których miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane są w stosunkowo niewielkiej odległości od pozostałych miejscowości powiatu, w tym Gminy Celestynów, a zatem pacjenci mają możliwość wyboru któregoś z sześciu oferentów wybranych do udzielania świadczeń i dalszego korzystania z tych świadczeń.

W wyniku przeprowadzonego postępowania do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybrani zostali oferenci, których oferty uzyskały najwyższą łączną liczbę punktów. Dlatego też nie ma podstaw do dokonywania ponownej oceny oferty Odwołującego.

5. Mając powyższe na uwadze Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ uważa, że odwołanie nie zasługuje na uwzględnienie.

Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem zasad, o których mowa w art. 134 ust. 1 ustawy i dokonując wyboru najlepszych ofert, nie naruszyła zasad postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

W konsekwencji brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania wniesionego przez Odwołującego.

Wobec powyższego postanowiono jak w sentencji.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2016, poz. 1793 z późn. zm.) od decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin, do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

Otrzymują:

- 1 x adresat;
- 1 x strona postępowania;
- 1 x a/a.

Załącznik:

- ranking końcowy postępowania

z up. Dyrektora
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Medycznych
Michał Dziegielewski

