

Warszawa, 24 sierpnia 2022 r.

znak: DOR.422.4.2021
2021.212543.KWO

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Strona postępowania - Odwołujący:
**Miejski Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Kobyłce**
ul. Gen. Franciszka Żymirskiego 2
05-230 Kobyłka

Organ:
**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

Strona postępowania - Uczestnik:
1. Sławomir Pyszcak
ul. Wysockiego 24a
96-313 Jaktorów-Kolonia;
**2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Tarczynie**
ul. Warszawska 42
05-555 Tarczyn;
**3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki
Zdrowotnej w Izabelinie**
ul. Tetmajera 3a
05-080 Izabelin

DECYZJA NR 4/2022/ODW

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) [dalej jako ustawa], w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania

administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735, z późn. zm.) [dalej jako k.p.a.], Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia:

ODD A L A

odwołanie Miejskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kobyłce (ul. Gen. Franciszka Żymirskiego 2, 05-230 Kobyłka) [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-22-000205/STM/07/1/07.0000.220.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie [dalej jako MOW NFZ] w trybie konkursu ofert w rodzaju leczenie stomatologiczne, w zakresie świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii na obszarze powiatów: grodziski, legionowski, nowodworski, otwocki, piaseczyński, pruszkowski, sochaczewski, warszawski zachodni, wołomiński, żyrardowski, na okres od 1 września 2022 r. do 30 czerwca 2023 r.

UZASADNIENIE

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia [dalej jako Fundusz] zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje środek odwoławczy i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ustawy.

W myśl art. 154 ust. 1-3 ustawy, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa 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 Prezes Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stroną postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-3 ustawy jest 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 Prezes Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

2. W dniu 13 czerwca 2022 r. Prezes Funduszu ogłosił postępowanie nr 07-22-000205/STM/07/1/07.0000.220.02/01 w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego w zakresie świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii na obszarze powiatów: grodziski, legionowski, nowodworski, otwocki, piaseczyński, pruszkowski, sochaczewski, warszawski zachodni, wołomiński, żyrardowski, na okres od 1 września 2022 r. do 30 czerwca 2023 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie trzech umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość zamówienia w postępowaniu wynosiła nie więcej niż 144 704,00 PLN na okres rozliczeniowy od 1 września 2022 r. – 31 grudnia 2022 r.

Do konkursu wpłynęły cztery oferty. Odwołujący złożył ofertę z zachowaniem terminu określonego w ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała analizy złożonych ofert, pod kątem spełnienia przez oferentów wymogów koniecznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2021 r. poz. 2148) [dalej zwanym rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych] oraz kryteriów określonych w pozostałych aktach prawnych przywołanych w ogłoszeniu o postępowaniu. Żadna oferta nie została odrzucona.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania 10 sierpnia 2022 r. do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zostało wybranych trzech świadczeniodawców, zgodnie z wyznaczonymi przez ilość otrzymanych punktów miejscami w rankingu końcowym. Oferta Odwołującego zajęła czwarte miejsce, tym samym Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń. Ranking końcowy stanowi załącznik do niniejszej decyzji.

W dniu 11 sierpnia 2022 r. do MOW NFZ wpłynęło odwołanie złożone przez Odwołującego. Odwołanie zostało złożone w terminie.

W odwołaniu nie podniesiono zarzutów naruszenia przepisów postępowania przez Komisję konkursową, odwołanie zawiera natomiast informację o sposobie funkcjonowania Odwołującego, w szczególności o zakresie realizowanych przez niego świadczeń.

W oparciu o zaprezentowane stanowisko Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania i powtórny weryfikację jego oferty.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 k.p.a., został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

3. W ocenie Prezesa Funduszu, odwołanie wniesione przez Odwołującego nie zasługuje na uwzględnienie.

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. Warto nadmienić, że zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 25 stycznia 2012 r. II GSK 1458/10: „Rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 w związku z art. 152 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 ze zm.) jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniodawcy (oferenta)”.

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 z 2001 r., 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 i jakość 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.

Należy wskazać, iż Odwołujący nie przedstawił żadnych faktów pozwalających na uznanie, że kwestionowane postępowanie konkursowe było obarczone wadą, przez co interes prawny Odwołującego doznał uszczerbku, a oferenci wybrani do udzielania świadczeń przedstawili gorszą ofertę niż oferta Odwołującego.

Weryfikacja ofert przeprowadzona przez organizatora postępowania konkursowego była prowadzona na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego, jak i aktów o charakterze wewnętrznym, wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym. Fundusz zapewnił równe traktowanie dla wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadził postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

4. W ocenie Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przedstawione przez Odwołującego stanowisko nie ma wpływu na finalną ocenę oferty dokonywaną przez Komisję konkursową, nie kwestionuje również prawidłowości i słuszności podejmowanych przez komisję rozstrzygnięć. Odwołujący nie został wybrany do udzielania świadczeń, ponieważ jego oferta otrzymała najniższą łączną liczbę punktów spośród czterech ofert jakie zostały złożone w tym postępowaniu. Oferta Odwołującego uzyskała 5 pkt za ofertę cenową; 16,5 pkt za jakość; 3 pkt za kompleksowość; 5 pkt za dostępność; 0 pkt za ciągłość. W konsekwencji ww. oferta uzyskała łącznie 29,5 pkt. Wybrane oferty uzyskały natomiast odpowiednio 63 pkt, 59 pkt i 48,13 pkt.

Kryterium zdecydowanie różnicującym ofertę Wnioskodawcy od pozostałych ofert Świadczeniodawców wybranych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej było przede wszystkim kryterium jakości, za które Wnioskodawca otrzymał 16,5 pkt.

Po zsumowaniu punktów za poszczególne kryteria oferta Odwołującego znalazła się na czwartym miejscu w rankingu końcowym, co skutkowało jej niewybraniem w sytuacji, gdy

w ogłoszeniu o postępowaniu wskazano możliwość zawarcia maksymalnie trzech umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 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 ww. 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. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wybrani zostali oferenci, których oferty uzyskały najwyższą łączną liczbę punktów.

5. Reasumując należy stwierdzić, że Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem reguł, określonych w przepisach prawa, dokonała prawidłowego rozstrzygnięcia 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 ustawy decyzja Prezesa Funduszu jest ostateczna. Świadczeniodawcy przysługuje od niej skarga do sądu administracyjnego.

Strona może wnieść skargę na decyzję Prezesa Funduszu do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie. Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia decyzji, za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (ul. T. Chałubińskiego 8; 00-613 Warszawa), upoważnionego na podstawie art. 268a k.p.a. do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

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.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
DYREKTOR
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zbigniew Terek

Załącznik:

Ranking końcowy

