

Łódź, dnia **03.01.2012** 2012 r.**Decyzja nr/2012/ZRP**

Na podstawie art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (*Dz. U. z 2000 roku Nr 98, poz. 1071 z późn. zm.*), w związku z art. 142 ust. 5 pkt 1), art. 154 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*tekst jednolity z 2008 r. Dz. U. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.*), zwanej dalej ustawą, w sprawie odwołania wniesionego przez [REDAKTOR] prowadzący działalność leczniczą, jako [REDAKTOR] Petrykozy 21, numer oferty: 05-12-000023/REH/05/1/05.1310.208.02/1/3/0405 dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na udzielanie od dnia 1 stycznia 2012 roku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na terenie: gmina miejska Pabianice (1008021), gmina wiejska Pabianice (1008072) o kodzie postępowania 05-12-000023/REH/05/1/05.1310.208.02/1 postanawiam:

oddalić odwołanie w całości.**UZASADNIENIE**

Dyrektor Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił postępowanie konkursowe w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna na terenie: gmina miejska Pabianice (1008021), gmina wiejska Pabianice (1008072) na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. W ogłoszeniu przedmiotowego konkursu ofert wskazano wartość zamówienia nie większą niż 1 594 130 zł na rok.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 6 ofert.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy w dniu 14 grudnia 2011 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicach ogłoszeń oraz stronie internetowej Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust.2 ustawy, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia 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, 3 i 4 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.

Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Dnia 21 grudnia 2011 r. do Narodowego Funduszu Zdrowia – Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego wpłynęło odwołanie złożone przez Odwołującego – [REDAKTURA] [REDAKTURA] Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Odwołujący w odwołaniu wnosi:

1. iż będąc [REDAKTURA] został umieszczony w postępowaniu konkursowym z miejskimi Ośrodkami z Pabianic,
2. iż nie wiedział, że jedynym kryterium rozstrzygającym jest wycena za punkt,
3. o ponowne rozpatrzenie wniosku.

Po wniesieniu odwołania, celem realizacji prawa, o którym mowa w art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku kodeks postępowania administracyjnego Odwołujący został zawiadomiony w dniu 22 grudnia 2011 r. o przysługującym mu uprawnieniu do zapoznania się z zebrany materiałem dowodowym. W dnia 22 grudnia 2011 r., Świadczeniodawca, jako strona zapoznał się z aktami sprawy, i nie wniósł żadnych uwag oraz wyjaśnień.

Jednocześnie Odwołujący został poinformowany o nowym terminie rozpatrzenia sprawy (art. 36 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego), zgodnie z Zawiadomieniem do dnia 13 stycznia 2011 r.

Rozpatrując odwołanie Dyrektor Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zważył, co następuje:

Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest ogłoszone i prowadzone w oparciu o następujące przepisy:

- 1) Ustawę, tj. ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z 2008 r. Dz. U. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),
- 2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. nr 273, poz. 2719),

Komisja Konkursowa działa w oparciu o regulamin pracy komisji, prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjęty Uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005r.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego w tym w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140. poz. 1145 z późn. zm.), winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt. 3 ustawy, spełnić wymagania określone przez Prezesa NFZ, wskazane w:

1. Zarządzeniu Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 53/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 roku;
2. Zarządzeniu Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: rehabilitacja lecznicza; zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 6/2011/DSOZ z dnia 11 lutego 2011; zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 30/2011/DSOZ z dnia 29 czerwca 2011 roku, zmienionym zarządzeniem Prezesa

NFZ Nr 40/2011/DSOZ z dnia 25 sierpnia 2011 roku, zmienionym zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 52/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 roku;

3. Zarządzeniu Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 października 2011 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; zmienionym zarządzeniem nr 70/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 roku, zmienionym zarządzeniem nr 77/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 października 2011 roku, zmienionym zarządzeniem nr 80/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2011 roku, zmienionym zarządzeniem nr 82/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2011 roku, zmienionym zarządzeniem nr 84/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 listopada 2011 roku, zmienionym zarządzeniem nr 91/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 grudnia 2011 roku.

Treść ww. zarządzeń została opublikowana wraz z ogłoszeniem.

W części jawnej konkursu ofert komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert oraz wezwała w dniu 14 listopada 2011 r. Odwołującego do usunięcia braków formalnych w postaci przedstawienia:

1. Niezgodności harmonogramu pracy komórki z godzinami pracy magistra. Brak magistra fizjoterapii w godzinach: poniedziałek: 8,00 do 12,00, wtorek 15,00 – do 19,00, środa od 8,00 do 12,00, czwartek od 15,00 do 19,00, piątek od 8,00 do 12,00. Niezgodność z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w/s świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 09.140.1145 z późn. zm.)
2. Brak serwisowania sprzętu – niezgodność z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 06.05.2008 (Dz. U. 08.81.484) w/s ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej § 7, pozycja 2, 4, 5, 6, 7 wykazu zasobów.
3. Niezgodność odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.6.3.6.ze szczegółami oferty – w szczegółach brak diatermii.
4. Niezgodność odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.6.5.12. oraz 1.6.5.13 ze szczegółami oferty – brak w szczegółach kriokomory.
5. Brak zestawu przenośnego do laseroterapii – niezgodność z wymogami określonymi w Zarządzeniu nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ, załącznik nr 3 w pkt. 2.6.5 oraz w pkt. 2.6.2 (powinny być 2 zestawy). Niezgodność szczegółów oferty z odp. ankietowymi w pkt. 1.6.5.7 oraz 1.6.5.9.

6. Niezgodność odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.1.1.1. ze szczegółami oferty. Komisja prosi o przedstawienie dokumentu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty fizjoterapii.
7. Niezgodność odpowiedzi na pytanie ankietowe 1.3.1.1. ze szczegółami oferty – zasoby – brak wanny do masażu wirowego kończyn dolnych i kończyn górnych.

Odwołujący uzupełnił braki w terminie i wyjaśnił zaistniałą sytuację. Oferta została zakwalifikowana do części niejawnego postępowania.

Fakt zakwalifikowania oferty do części niejawnego postępowania oznacza jedynie, iż oferta nie podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 7) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Fakt spełniania wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 3 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami, oceny oferty, dokonanej według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, cena - oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Szczegółowe parametry kryteriów oceny, wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej oraz sposób oceny ofert pod względem kryterium ceny w przedmiotowym postępowaniu określone zostały w przywołanym powyżej Zarządzeniu Prezesa NFZ.

Wyżej wymienione kryteria oraz zasady oceny mają charakter obiektywny, są znane wszystkim oferentom w chwili wszczęcia postępowania konkursowego, nie ulegają zmianie aż do zakończenia postępowania.

Spełnienie warunków opisanych w wyżej wskazanych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nie skutkuje dokonaniem wyboru oferty w rozstrzygnięciu konkursu ofert i zawarciem z nim umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jest jedynie warunkiem zakwalifikowania jej do części niejawnego i może być podstawą, w przypadku uzyskania wysokiej oceny łącznej i sklasyfikowania na wysokiej pozycji

rankingowej uzyskanej w wyniku porównania z innymi ofertami, do wybrania oferty w rozstrzygnięciu.

W oparciu o ww. kryteria na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych (tj. odpowiedzi udzielonych przez oferentów na pytania zawarte w formularzach ofertowych) i ankiet (potwierdzonych oświadczeniami złożonymi przez oferentów w ofertach) dokonuje się oceny ofert, ich porównania i na tej podstawie sporządza się ranking otwarcia.

Ranking powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny. Oferty o takiej samej liczbie punktów oceny zajmują tę samą pozycję w rankingu. Ranking sporządzany jest dla każdego miejsca udzielania świadczeń wskazanego w danej ofercie. Odrębne miejsce udzielania świadczeń jest identyfikowane zakresem i adresem. Jeżeli nie ma różnicy w odpowiedziach ankietowych i cenie przy zgłaszaniu kilku miejsc to traktowane jest to, jako jedna pozycja w rankingu.

Z rankingu otwarcia wynika, że oferta złożona przez Odwołującego zajęła 6 miejsce. Oferta uzyskała 30,000 pkt. Uzyskaną wartość punktową za poszczególne kryteria oceny obrazuje poniższa tabela.

Ocena oferty Odwołującego – ranking otwarcia		
Lp.	Kryterium oceny	Uzyskana wartość punktowa
1.	Cena	15,000
2.	Jakość	5,000
3.	Dostępność	10,000
2.	Kompleksowość	- (nie dotyczy)
3.	Ciągłość	- (nie dotyczy)

Komisja konkursowa, zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy w celu ustalenia liczby i ceny planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi oferentami zakwalifikowanymi do części niejawnego postępowania, tj. których oferty spełniają stawiane wymagania i nie zostały odrzucone.

Komisja konkursowa w dniu 07 grudnia 2011 r. przeprowadziła z Odwołującym negocjacje w wyniku, których strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 0,95 zł oraz liczbę świadczeń w wymiarze 125 000 punktów na okres 12 miesięcy. Odzwierciedleniem dokonanych ustaleń jest podpisany przez oferenta i komisję konkursową protokół – protokół końcowy z negocjacji.

Po zakończeniu negocjacji komisja konkursowa sporządziła zgodnie z Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ 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 na podstawie danych przedstawionych w ofertach wszystkich oferentów ranking końcowy, który przeprowadza się w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu tym oferty są uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu.

W rankingu końcowym oferta Odwołującego sklasyfikowana została na 6 miejscu. Oferta uzyskała 30,000 pkt. (łączna liczba punktów oceny), w tym za poszczególne kryteria oceny:

Ocena oferty Odwołującego – ranking końcowy		
Lp.	Kryterium oceny	Uzyskana wartość punktowa
1.	Cena	15,000
2.	jakość	5,000
3.	dostępność	10,000
4.	Kompleksowość	- (nie dotyczy)
5.	Ciągłość	- (nie dotyczy)

Komisja konkursowa dokonała wyboru ofert celem zawarcia umowy i uwzględniła w rozstrzygnięciu postępowania te oferty, które w rankingu końcowym osiągnęły największą liczbę punktów oceny łącznie. Dwie (2) oferty na 1-szych miejscach w rankingu końcowym, które znalazły się na pierwszej pozycji uzyskały po 77,500 punkty łącznie każda.

Przy ofertach, które znalazły się na 4 pozycji w rankingu wyczerpały się środki finansowe, które Zamawiający przeznaczył na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem postępowania – zgodnie z ogłoszeniem konkursu ofert.

Oferta Odwołującego znalazła się więc poniżej tzw. „linii odcięcia”, co oznacza, że oferta nie została wybrana w rozstrzygnięciu konkursu ofert.

Jak wyżej wykazano przedmiotowe postępowanie, którego rozstrzygnięcie zaskarżono niniejszym odwołaniem, zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami opisanymi w dziale VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...).

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów, w takiej liczbie, która zapewni

świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji konkursowej nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkim oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert, zadaniem komisji konkursowej, stosownie do treści art. 142 ust. 5 pkt. 1 ustawy, jest wybór oferty lub ofert najkorzystniejszych. Komisja konkursowa ma prawo nie wybrać pozostałych ofert, które są mniej korzystne.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, 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 w ofercie złożył oświadczenia zgodne z załącznikiem nr 2 do warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w których między innymi oświadczył wprost, że „zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania”.

Komisja konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Przedmiot zamówienia został opisany przez Zamawiającego w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Określenie przedmiotu zamówienia było zgodne z wymogami określonymi w art. 140 ust. 2 i 141 ustawy.

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 u Zamawiającego (w siedzibie Oddziału) oraz na stronach internetowych Oddziału. Sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich oferentów.

Kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od Świadczeniodawców, jak wykazano powyżej, były jawne i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Ocena ofert, w tym oferty Odwołującego, odbywała się o enumeratywnie określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste. W przywołanym zarządzeniu Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r.

w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami, wskazane zostało z jakimi okolicznościami przypisanymi poszczególnym kryteriom oceny wiążą się określone ilości punktów.

W świetle przedstawionych argumentów zarzut Odwołującego o wycenie punktu jako jedynym kryterium mającym wpływ na rozstrzygnięcie postępowania jest całkowicie niezasadny. Należy również dodać, iż wszystkie postępowania poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej adresowane są do podmiotów mogących udzielać świadczeń w danym zakresie na ściśle określonym w ogłoszeniu terenie niezależnie od ich źródeł finansowania. Końcowo należy wskazać, iż w dniu 14 grudnia 2011 roku nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania, a jego wyniki zostały przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ podane do publicznej wiadomości. Przedmiotowe postępowanie zostało ostatecznie zakończone, komisja konkursowa prowadząca postępowanie z chwilą jego rozstrzygnięcia uległa zaś rozwiązaniu. W chwili obecnej nie ma podstaw prawnych do ponownego rozpatrzenia wniosku Odwołującego.


Powyższe stanowi o tym, że komisja konkursowa nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ta skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania w całości.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Świadczeniodawca wnosi odwołanie w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Decyzję otrzymuje:

1. **Odwołujący** –
2. a/a (dwa egzemplarze).


[Illegible text]