

Pani
Mariola Berek
ul. Teofila Cichockiego 4/8
24-100 Puławy

DECYZJA Nr ⁸²...../2014/154.3

**DYREKTORA LUBELSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

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 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) i art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.), po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez podmiot: Mariola Berek, ul. Teofila Cichockiego 4/8, 24-100 Puławy, od rozstrzygnięcia postępowania nr 03-14-000352/STM/07/1/07.0000.218.02/1 przeprowadzonego w trybie konkursu ofert, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zakres podstawowy świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Puławy.

- oddalam odwołanie.

Uzasadnienie

Dyrektor Oddziału w dniu 10 marca 2014 r. ogłosił postępowanie nr 03-14-000352/STM/07/1/07.0000.218.02/1 w trybie konkursu ofert, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zakres podstawowy świadczenia ogólnostomatologiczne na obszarze gminy Puławy.

Postępowanie konkursowe nr 03-14-000352/STM/07/1/07.0000.218.02/1 prowadzone było na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach, oraz rozporządzenia 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).

Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 30 maja 2014 r. Odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania wniósł podmiot leczniczy: Mariola Berek, ul. Teofila Cichockiego 4/8, 24-100 Puławy, zwana dalej Odwołującym. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W sprawie ustalono, co następuje:

Postępowanie przeprowadziła Komisja konkursowa Nr 10, zwana dalej Komisją, powołana zarządzeniem Nr 35/2014 Dyrektora Lubelskiego OW NFZ z dnia 10 marca 2014 r.

Komisja działała w oparciu o Regulamin pracy komisji prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej Regulaminem, przyjęty uchwałą nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., oraz obowiązującą w Narodowym Funduszu Zdrowia Procedurę konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W ogłoszeniu postępowania z dnia 10 marca 2014 r., zostały podane poniższe akty prawne, które zawierały wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w odniesieniu do oferentów, jak również stanowiły merytoryczną podstawę dla Komisji do dokonania rozstrzygnięcia postępowania konkursowego:

- zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienione zarządzeniem nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r.,

- zarządzenie Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienione zarządzeniem nr 11/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 marca 2014 r.,
- zarządzenie Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2013, poz. 1462).

W dniu ogłoszenia postępowania konkursowego, na stronie Lubelskiego OW NFZ, zostały zamieszczone Komunikaty w sprawie:

- cen oczekiwanych jednostek rozliczeniowych w konkursie ofert, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2014 w rodzaju Leczenie stomatologiczne,
- wartości etatów przeliczeniowych, przyjętych przez Dyrektora Lubelskiego OW NFZ, na podstawie zapisów § 8. ust. 2 Zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

Mając na uwadze jawność prowadzonych postępowań, jak również równe traktowanie wszystkich oferentów, wynikające z zapisów art. 134 ustawy o świadczeniach, Lubelski OW NFZ w dniu 17 marca 2014 r. na stronie internetowej w zakładce Kontraktowanie 2014. Najczęściej zadawane pytania, przedstawił pytania oferentów dotyczące przedmiotu postępowań konkursowych, jak również stanowisko Oddziału w przedmiocie zadanych pytań.

Zakres i liczba pytań wyczerpała w pełni zagadnienia dotyczące interpretacji warunków wymaganych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz sposobu prowadzenia postępowań konkursowych.

W części jawnej postępowania konkursowego, Komisja dokonała weryfikacji ofert pod względem spełniania przez oferentów warunków formalno-prawnych, jak również wymagań koniecznych dotyczących warunków udzielania świadczeń, wynikających z powyższych aktów prawnych.

Po rozpatrzeniu ofert, Komisja uznała, że oferta Odwołującego spełnia warunki formalne, nie podlega odrzuceniu i zostaje zakwalifikowana do części niejawnej postępowania.

W części niejawnej postępowania konkursowego, Komisja dokonała weryfikacji udzielonych przez oferentów odpowiedzi na pytania ankietowe, w oparciu o informacje zawarte w części szczegółowej ofert, a także na podstawie przedstawionych na żądanie Komisji dokumentów uzupełniających. Po dokonaniu tej analizy, Komisja w oparciu o system informatyczny dokonała pierwszej oceny punktowej ofert, zgodnie z kryteriami określonymi w art. 148 ustawy o świadczeniach oraz w Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Po dokonaniu oceny punktowej ofert, Komisja podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, których oferty zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania konkursowego.

Mając na uwadze równe traktowanie oferentów, negocjacje zostały przeprowadzone drogą korespondencyjną. W ramach pierwszej tury negocjacji oferent otrzymał:

- pisemne zaproszenie do negocjacji, które określało sposób ich prowadzenia oraz kryteria jakimi posługiwała się Komisja w zakresie określenia propozycji Narodowego Funduszu Zdrowia dla oferenta,
- protokół z Negocjacji, który zawierał propozycję cenowo-ilościową Narodowego Funduszu Zdrowia,
- zestawienie oceny punktowej oferty, które zawierało zweryfikowane przez Komisję odpowiedzi oferenta na pytania ankietowe wraz z wynikającą z nich oceną punktową, w poszczególnych kryteriach oceny ofert.

Informacje o ocenie punktowej oferty, były istotne dla oferenta przy podjęciu decyzji o dokonaniu ewentualnej zmiany, w trakcie negocjacji, ceny za punkt rozliczeniowy lub ilości proponowanych punktów rozliczeniowych, co mogło wpłynąć na pozycję oferty w rankingu końcowym. Oferent mógł również sprawdzić na Portalu SZOI, tj. System Zarządzania Obiegiem Informacji (internetowy portal wymiany danych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcami), zwanym dalej Portalem SZOI, którzy oferenci złożyli oferty na tożsame postępowanie konkursowe.

Oferent był również zobowiązany do zajęcia stanowiska w odniesieniu do przedstawianego zestawienia oceny punktowej oferty, wyrażając pisemnie jego akceptację lub brak akceptacji. W przypadku braku akceptacji, oferent miał możliwość uzasadnienia swojego stanowiska.

Oferent w ramach prowadzonych negocjacji był zobowiązany do odniesienia się do złożonych propozycji przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a swoje stanowisko negocjacyjne mógł wyrazić w formie pisemnej akceptacji propozycji Funduszu lub braku jej akceptacji, przy jednoczesnym określeniu swoich ostatecznych propozycji negocjacyjnych w części C Protokołu z Negocjacji.

Protokół z Negocjacji zawierał między innymi następujący zapis:

„Propozycja NFZ jest propozycją na dany dzień i może ulec zmianie w toku dalszych negocjacji. Propozycja NFZ nie jest ostatecznym zobowiązaniem do zawarcia umowy. Protokół w tej części jest podsumowaniem spotkania negocjacyjnego. W ramach prowadzonych negocjacji oferent może dokonać jednorazowo zmiany proponowanej ceny za punkt rozliczeniowy.”

Komisja, po otrzymaniu zwrotnym Protokołów z Negocjacji i analizie ostatecznych stanowisk negocjacyjnych oferentów, podjęła decyzję o określeniu ostatecznego stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie ceny i liczby świadczeń. Stanowisko to znalazło odzwierciedlenie w przekazanych oferentom Protokołach Końcowych z Negocjacji, z którymi każdy oferent otrzymał ocenę punktową oferty, uwzględniającą ewentualną zmianę ceny w trakcie negocjacji i zmianę ilości punktów rozliczeniowych. Zmiana w/w elementów procesu negocjacji miała bezpośredni wpływ na końcową ocenę punktową oferty.

Protokół Końcowy z Negocjacji w swojej treści zawierał następującą klauzulę cyt. „Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji, co do ilości i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana. W przypadku wystąpienia rozbieżności i odmowy podpisania przez oferenta protokołu końcowego, lub nie przekazania komisji, komisja odnotowuje ten fakt w pozycji „Uwagi” i podpisuje protokół końcowy jednostronnie, informując jednocześnie oferenta o zakwalifikowaniu przez komisję konkursową oferty (lub jej odrębnie ocenianej części) do kategorii ofert, które nie zostaną wybrane w toku postępowania.”

Po otrzymaniu zwrotnym Protokołów Końcowych z Negocjacji i zweryfikowaniu uwag oferentów do oceny punktowej ofert, Komisja dokonała ostatecznej oceny punktowej ofert.

Oferty oceniane były przez Komisję Konkursową zgodnie z kryteriami, określonymi w art.146 ust.1 pkt 2, wymienionymi w powołanym wyżej art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na podstawie ww. aktów prawnych Komisja Konkursowa przeprowadziła analizę porównawczą ofert biorących udział w postępowaniu konkursowym.

Ocena punktowa poszczególnych kryteriów oceny oferty dokonywana była na podstawie wypełnionych przez Oferenta list ankiet, dotyczących danego kryterium będących częścią złożonych ofert. Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynika z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez oferenta odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś Odwołujący w oświadczeniu (wzór załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionego zarządzeniem nr 74/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r.), załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz, że przyjmuje je do stosowania.

W dalszej części postępowania sporządzono ranking końcowy, w którym znalazły się wszystkie nie odrzucone oferty, uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny z uwzględnieniem ostatecznych wyników negocjacji. Komisja dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Minimalna liczba punktów oceny kwalifikującej oferty do zawarcia umowy wyniosła 68,57 pkt. Z uwagi na ilość środków finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu nie było możliwości wyboru wszystkich Oferentów.

Mając na uwadze, zapewnienie równego dostępu do informacji dotyczących prowadzonych postępowań konkursowych jak również ich jawności, w dniu 30 maja 2014 roku podając do

publicznej wiadomości na stronach internetowych Lubelskiego OW NFZ informacje o wynikach rozstrzygnięć postępowań konkursowych, poinformowano również oferentów o możliwość zapoznania się na Portalu SZOI ze szczegółami rozstrzygniętych postępowań.

Zestawienie ze wskazaniem podmiotów wybranych do zawarcia umów i oferty Odwołującego, według rankingu końcowego, w postępowaniu konkursowym nr 03-14-000352/STM/07/1/07.0000.218.2/1:

NAZWA OFERENTA	STATUS OFERTY	CENA	CIĄGŁOŚĆ	PERSONEL	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - SYSTEMY ZARZĄDZANIA	ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW OCENY
HANNA MARIA BARAŃSKA	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	20,00	5,00	22,85	15,00	15,00	0,00	5,00	5,00	87,85
DOROTA RUTKA	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	19,52	5,00	22,85	15,00	15,00	0,00	5,00	0,00	82,37
HALINA MATYSIAK	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	19,52	0,00	22,85	15,00	15,00	0,00	5,00	0,00	77,37
DUO-DENT INGA SUŁEK-PRZYBYŁA I MARCIN PRZYBYŁA SPÓŁKA JAWNA	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	19,52	5,00	22,85	7,50	15,00	0,00	3,33	3,33	76,53
SPÓŁKA CYWILNA W SKŁADZIE: WOJCIECH SZCZUKA, EDYTA MARKIEWICZ-SZCZUKA	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	20,00	0,00	22,85	7,50	15,00	0,00	5,00	5,00	75,35
CENTRUM MEDYCZNE INTERNUS SP. Z O.O.	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	20,00	5,00	8,57	15,00	15,00	0,00	5,00	5,00	73,57
ALL MED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	20,00	5,00	8,57	15,00	15,00	0,00	5,00	3,33	71,90
JOLANTA CZERKIES	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	20,00	5,00	8,57	15,00	15,00	0,00	5,00	3,33	71,90
ESCU LAP SPÓŁKA CYWILNA JADWIGA CHWEDOROWICZ, AGNIESZKA CHWEDOROWICZ	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	19,52	5,00	8,57	15,00	15,00	0,00	5,00	3,33	71,42
ESCU LAP SPÓŁKA CYWILNA JADWIGA CHWEDOROWICZ, AGNIESZKA CHWEDOROWICZ	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	19,52	5,00	8,57	15,00	15,00	0,00	5,00	3,33	71,42
ESCU LAP SPÓŁKA CYWILNA JADWIGA CHWEDOROWICZ, AGNIESZKA CHWEDOROWICZ	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	19,52	5,00	22,85	0,00	15,00	0,00	5,00	3,33	70,70
JERZY BARAŃSKI	WYBRANA PO NEGOCJACJACH	20,00	0,00	8,57	15,00	15,00	0,00	5,00	5,00	68,57
MARIOLA BEREK	NIE WYBRANA PO NEGOCJACJACH	19,52	5,00	8,57	7,50	15,00	0,00	5,00	0,00	60,59

Poniżej została przedstawiona w układzie tabelarycznym analiza oceny punktowej oferty Odwołującego się w odniesieniu do możliwych maksymalnie do otrzymania punktów w poszczególnych kryteriach oceny ofert. Analiza zawiera również odniesienie się do średnich statystycznych ocen w poszczególnych kryteriach, ofert zakwalifikowanych do zawarcia umowy.

Numer oferty		Punkt oferty	Nazwa oferenta	
03-14-000352[07/1]-0011/00			MARIOLA BEREK	
ŚWIADCZENIA OGÓLNOSTOMATOLOGICZNE				
Kryterium oceny oferty	Max. liczba punktów możliwa do otrzymania z danego kryterium	Liczba punktów oceny oferty Odwołującego, z danego kryterium	Średnia liczba punktów z danego kryterium otrzymanych przez oferty zakwalifikowane do zawarcia umowy	Różnica punktów w kolumnach 3-4
1	2	3	4	5
CENA	20,00	19,52	19,76	-0,24
CIĄGŁOŚĆ	5,00	5,00	3,75	1,25
DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	5,00	5,00	4,86	0,14
HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	15,00	7,50	12,50	-5,00
JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - SYSTEMY ZARZĄDZANIA	5,00	0,00	3,33	-3,33
PERSONEL	40,00	8,57	15,71	-7,14
SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	15,00	15,00	15,00	0,00
WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,00	0,00	0,00	0,00
Łącznie	105,00	60,59		

Z powyższej analizy wynika, że oferty zakwalifikowane do zawarcia umowy były wyżej ocenione od oferty Odwołującego się w kryterium PERSONELU, HARMONOGRAMU PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ oraz JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - SYSTEMY ZARZĄDZANIA.

Wyłonienie świadczeniodawców w postępowaniu konkursowym ma przede wszystkim na celu realizację zadania ustawowego tj. zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze. W toku postępowania Fundusz zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie świadczeniodawców, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji. Wybór świadczeniodawców dokonywany jest z uwzględnieniem kryteriów oceny ofert, tzn. kompleksowości, dostępności, ciągłości, jakości i oferowanej ceny.

Określenie dodatkowych wymogów w stosunku do świadczeniodawców w poszczególnych rodzajach świadczeń ma na celu zagwarantowanie, że świadczenia będą udzielane na danym obszarze w sposób nieprzerwany, kompleksowy i z uwzględnieniem odpowiedniej jakości, a dostępność do nich nie będzie w żaden sposób ograniczona. Należy wskazać, że zgodnie z ustawą o świadczeniach, Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych. Jest to podstawowe zadanie Narodowego Funduszu Zdrowia, który w ten sposób realizuje konstytucyjną zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej uszczegółowioną w przytoczonej powyżej ustawie.

Rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania nastąpiło w dniu 30 maja 2014 r. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie został wybrany Odwołujący.

Odwołujący wniósł w dniu 3 czerwca 2014 r. odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 03-14-000352/STM/07/ 1/07.0000.218.02/1.

Odwołujący powołując się na art. 134 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach uważa, że w dziale "HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ" powinien mieć przyznane 15 pkt. Podczas negocjacji zmniejszył ilość proponowanych punktów do wysokości dwóch etatów przeliczeniowych, tj. 144 000 punktów i dlatego powinien otrzymać:

7,5 pkt. za pracę w godzinach popołudniowych wg wymogów NFZ: "jeden dzień na każde 0,5 etatu przeliczeniowego" – w harmonogramie Odwołujący wykazał pracę 5 dni w tygodniu w godzinach popołudniowych oraz 7.5 pkt za pracę w soboty według wymogów NFZ: "liczby etatów przeliczeniowych" - w harmonogramie Odwołujący wykazał dwóch lekarzy pracujących w soboty po 6 godzin każdy.

Odwołujący uważa, że NFZ nie weryfikował dostępności dla osób niepełnosprawnych i posiadanego sprzętu z faktycznym stanem, a opierał się jedynie na wynikach ankiety i oświadczeniach oferentów.

Odnosząc się do podniesionych argumentów należy stwierdzić:

Wybór świadczeniodawców w trybie konkursu ofert warunkował, iż zakwalifikowanie oferenta do zawarcia umowy nastąpiło w wyniku ostatecznego porównania wszystkich ofert (według

pozycji zajętej w rankingu końcowym ofert), biorących udział w postępowaniu w zakresie otrzymanej łącznej oceny punktowej oferty, wynikającej z poszczególnych kryteriów, w odniesieniu do możliwości zakontraktowania świadczeń wynikającej z wartości ogłoszenia.

Mając na uwadze zgłaszane przez oferentów pytania dotyczące składania ofert na ogłoszone przez Lubelski OW NFZ postępowania konkursowe w rodzaju leczenie stomatologiczne, jak również równe traktowanie oferentów w zakresie dostępu do informacji, w dniu 18 marca 2014 r., na siedem dni przed terminem składania ofert, na stronach internetowych Lubelskiego OW NFZ w zakładce: Kontraktowanie 2014, zostały umieszczone pytania oferentów jak również odpowiedzi Lubelskiego OW NFZ, zawierające interpretację poszczególnych zapisów zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie warunków realizacji świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne.

Jedno z pytań dotyczyło pracy lekarzy w godzinach popołudniowych, co jest elementem oceny punktowej oferty w kryterium „HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ”, podnoszonym przez Odwołującego.

Pytanie:

31. Czy kryterium dodatkowo oceniane: „praca lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18.00) powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego” oznacza, że wykazując w ofercie 2 lekarzy dentyistów zatrudnionych na pełny etat moja oferta musi mieć w harmonogramie udzielania świadczeń 4 dni pracy do godz. 18 i musi pracować każdy lekarz?

Odpowiedź:

W załączniku nr 4 do zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w Wymaganiach określające dostępność do świadczeń leczenia stomatologicznego jest określone cyt.:

„praca lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18), powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego”.

Powyższy zapis nie definiuje, że ma to być praca każdego lekarza w godzinach popołudniowych. Lubelski OW NFZ powyższą definicję ww. warunku dodatkowo ocenianego interpretuje, że w podanym przez pytającego przykładzie zatrudnienia 2 lekarzy realizujących 2 etaty przeliczeniowe – należy zabezpieczyć pracę lekarza 4 razy w tygodniu w godzinach popołudniowych by spełnić warunek dodatkowo oceniany. Realizacja tego warunku może przebiegać w następujących wariantach:

- dwa dni w tygodniu 2 lekarzy udziela świadczeń po południu w wymiarze 6 godzin każdy lekarz,
- przez 4 dni w tygodniu jeden lekarz udziela świadczeń po południu w wymiarze 6 godzin,
- jednego dnia 2 lekarzy udziela świadczeń popołudniu w wymiarze 6 godzin każdy lekarz a w pozostałych 2 dniach udziela świadczeń 1 lekarz w wymiarze 6 godzin popołudniu w odniesieniu do każdego dnia.

Celem uzyskania punktów rankingujących, przedstawiony harmonogram pracy lekarzy w godzinach popołudniowych powinien spełnić jednocześnie poniższy warunek wymagany w zakresie pracy popołudniu cyt.:

„liczba dni pracy lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18) - jeden dzień na każde 0,5 etatu przeliczeniowego”.

Realizacja tego warunku może przebiegać w wariantach wskazanych powyżej.

W przypadku, gdy oferent oczekuje otrzymania punktów rankingujących (wymagania dodatkowo oceniane) za kryterium pracy lekarza w poradni w godzinach popołudniowych przy jednoczesnym spełnieniu wymagań podstawowych, łączna liczba dni pracy lekarza/lekarzy wynikających ze spełnienia obu wymagań winna wynosić przykładowo:

- 2 dni na zaproponowaną w ofercie wartość mieszczącą się w przedziale $0,5 < 1$ etatu,
- 4 dni na zaproponowaną w ofercie wartość mieszczącą się w przedziale $\geq 1 < 1,5$ etatu,
- 6 dni na zaproponowaną w ofercie wartość mieszczącą się w przedziale $\geq 1,5 < 2$ etatu,
- 8 dni na zaproponowaną w ofercie wartość mieszczącą się w przedziale $\geq 2 < 2,5$ etatu.

Ostatecznie po zakończeniu negocjacji, co sam stwierdza Odwołujący, liczba ustalonych punktów rozliczeniowych odpowiadała 2 etatom przeliczeniowym.

W oparciu o wyżej wskazane przykłady interpretacji w przedmiocie pracy personelu lekarskiego w godzinach popołudniowych winien być spełniony warunek: praca 8 lekarzy w tygodniu, w godzinach popołudniowych w wymiarze 6 godzin każdy. W złożonej ofercie jest wykazanych 5 lekarzy pracujących w godzinach popołudniowych w wymiarze 6 godzin. Warunek rankingujący w tym zakresie nie jest spełniony i oferta Odwołującego otrzymała z tego tytułu 0 punktów.

Natomiast oferta Odwołującego spełniała warunek: praca lekarzy w sobotę co najmniej 6 godzin, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych, za spełnienie tego warunku oferta otrzymała 7,5 pkt w ocenie kryterium „HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ”.

Odnosząc się do argumentu odwołującego cyt. „że NFZ nie weryfikował dostępności dla osób niepełnosprawnych i posiadanego sprzętu z faktycznym stanem, a opierał się jedynie na wynikach ankiety i oświadczeniach oferentów” należy zauważyć, że każdy oferent potwierdza prawdziwość danych w ofercie swoim podpisem. W przypadku sfalszowania stanu faktycznego oferent poniesie konsekwencje, o czym informowała Komisja oferentów w treści Zaproszenia do negocjacji cyt. „Fakt wskazania, przez Komisję Konkursową w rozstrzygnięciu postępowania konkursowego, oferty złożonej przez oferenta do zawarcia umowy, nie oznacza, że dojdzie do podpisania umowy z oferentem przez Dyrektora Lubelskiego OWNFZ lub, że ustalona wartość podpisanej umowy będzie tożsama z wynikami negocjacji, dotyczy to następujących sytuacji: Wyniki kontroli oferenta po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego a przed zawarciem umowy stwierdzą podanie danych w ofercie niezgodnych ze stanem faktycznym a które miały istotny wpływ na wybór oferty do zawarcia umowy przez Komisję Konkursową”.

Na etapie procedowania postępowania konkursowego nr 03-14-000352/STM/07/1/07.0000.218.2/1 nie zaszły żadne okoliczności, które wskazywałyby, że dane w ofertach są niezgodne ze stanem faktycznym. W przypadku pojawienia się takich okoliczności Komisja skorzystałaby z prawa kontroli oferenta, celem zweryfikowania stanu faktycznego, co czyniła w innych postępowaniach konkursowych.

Odwołujący nie wskazał konkretnych oferentów, którzy podali dane niezgodne ze stanem faktycznym, co stanowiłoby dla Lubelskiego OW NFZ informację do podjęcia czynności kontrolnych w tym zakresie.

Wniesienie przez Odwołującego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania rozpoczęło postępowanie administracyjne, prowadzone w oparciu o przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j. Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.).

W oparciu o art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, Dyrektor Oddziału ustalił, że status strony postępowania posiada Odwołujący oraz podmioty wybrane do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym postępowaniu.

Pismem z dnia 4 czerwca 2014 r. Strony zostały poinformowane o przysługujących im prawach, wynikających z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.). Strony postępowania, w tym Odwołujący, nie skorzystali w wyznaczonym terminie z przysługujących im praw.

Należy zważyć, co następuje.

Zgodnie z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 267 z późn. zm.) organ administracji publicznej załatwia sprawę przez wydanie decyzji.

Art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach określa, że świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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 w/w ustawy.

Artykuł 154 ust. 1 i ust. 3 ustawy o świadczeniach, wskazuje, że 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. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Zgodnie z art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1 lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4 oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W postępowaniu administracyjnym zadaniem Dyrektora Oddziału jest dokonanie kontroli postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego uczestnika postępowania.

Ustawowym obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikającym z art. 134 ustawy o świadczeniach, jest prowadzenie postępowania konkursowego z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, w części niejawniej konkursu 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 zamówienia.

Komisja w przedmiotowym postępowaniu, uwzględniając ranking końcowy oraz liczbę świadczeń ustalonych w protokołach końcowych, wybrała do zawarcia umowy Oferentów, którzy zajęli najwyższe pozycje w rankingu końcowym, z uwzględnieniem ustalonej liczby i ceny świadczeń. Oferty te, po przeprowadzeniu analizy porównawczej wszystkich ofert, spełniających warunki formalne i wymagane w tym postępowaniu, uzyskały większą liczbę punktów w rankingu końcowym w stosunku do Odwołującego.

Lubelski OW NFZ w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nie kwestionuje spełniania przez ofertę Odwołującego warunków wymaganych zarządzeniem Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2013, poz. 1462).

Konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym i nie stanowi gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla dotychczasowych świadczeniodawców. Do zawarcia umowy komisja konkursowa wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia, określonej w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej są zabezpieczane zgodnie z planem zakupu, w ramach określonych obszarów kontraktowania.

Wszystkie oferty uczestniczące w postępowaniu konkursowym, będącym przedmiotem niniejszego odwołania, oceniane były przez Komisję zgodnie z kryteriami, określonymi w art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Postępowanie prowadzone było w sposób gwarantujący wszystkim oferentom równe ich traktowanie. Każda z ofert procedowana była według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców zasad, określonych w przepisach prawa. Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez oferenta odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

Kryteria oceny ofert, były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś Odwołujący w oświadczeniu załączanym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz, że przyjmuje je do stosowania.

W trakcie przedmiotowego postępowania Komisja zapewniła równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach.

W wyniku przeprowadzonych negocjacji uzyskano ostateczne stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń, na tej podstawie sporządzony został Protokół Końcowy z negocjacji ze zbieżnymi stanowiskami stron. W dalszej części postępowania sporządzono ranking końcowy, w którym znalazły się wszystkie nieodrzucone oferty, uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny z uwzględnieniem wyników negocjacji. Komisja dokonała wyboru oferentów, którzy uzyskali największą liczbę punktów, do wyczerpania środków określonych w ogłoszeniu.

Odwołanie, stosownie do art. 152 ust. 1 oraz art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, przysługuje świadczeniodawcy, biorącemu udział w postępowaniu, jeżeli jego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z tym, odwołanie podlega uwzględnieniu, gdy stwierdzony zostanie uszczerbek w interesie prawnym świadczeniodawcy, będący wynikiem naruszenia zasad przeprowadzania postępowania.

Dokonana analiza postępowania konkursowego potwierdza jego przeprowadzenie zgodnie z przepisami prawa oraz przestrzeganiem zasad w nich zawartych jednakowo w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym. Nie miało miejsca naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, bowiem Komisja zachowała zasady równego traktowania Oferentów zarówno w zakresie ogłoszenia jak również przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach, od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy złożony do Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Z up. Dyrektora Oddziału
Z up. Dyrektora ds. Medycznych
[Podpis]
Przewodniczący

Otrzymują:

1. Odwołujący
2. Podmioty na prawach strony/Świadczeniodawcy wybrani do realizacji umów w postępowaniu nr 03-14-000352/STM/07/1/07.0000.218.02/1:
 1. DUO-DENT Inga Sułek-Przybyła i Marcin Przybyła Spółka Jawna
24-100 Puławy, ul. 3-go Maja 8/4,
 2. ESCULAP Spółka Cywilna Jadwiga Chwedorowicz, Agnieszka Chwedorowicz
24-100 Puławy, ul. Partyzantów 43
 3. Spółka Cywilna w składzie: Wojciech Szczuka, Edyta Markiewicz-Szczuka
24-100 Puławy, ul. Norblina 109
 4. Hanna Maria Barańska
24-100 Puławy, ul. Mickiewicza 21 B
 5. Jerzy Barański
24-100 Puławy, ul. Mickiewicza 21b
 6. Halina Matysiak
24-100 Puławy, ul. Wojska Polskiego 1/2c
 7. ALL MED Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
24-100 Puławy, ul. Zielona 10a
 8. Dorota Rutka
24-100 Puławy, ul. Żeromskiego 8b
 9. Jolanta Czerkies
24-100 Puławy, ul. Lubelska 25
 10. Centrum Medyczne Internus Sp. z o.o.
24-100 Puławy, ul. Gen. Fieldorfa Nila 10
3. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej.
4. a/a WO.

