

**Rodzinne Centrum Medyczne
Feniks Sp z o.o.
ul. Dworska 27
80-506 Gdańsk**

DECYZJA nr 265/2013**z dnia 26 czerwca 2013 r.****Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust.5 pkt 8 i art. 149 ust.1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U z 2008 r. nr 164; poz. 1027 ze zmianami), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Rodzinne Centrum Medyczne Feniks Sp z o.o. ul. Dworska 27, 80-506 Gdańsk

od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000352/AOS/02/1/02.1200.001.02/1

w rodzaju: **ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

w zakresie: **świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii**

dla obszaru: **Miasto Gdańsk**

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie **Rodzinnego Centrum Medycznego Feniks Sp z o.o. w Gdańsku**
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

Uzasadnienie

W dniu 25.02.2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 01.07.2013 r. – 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie dermatologii i wenerologii dla obszaru - **Miasto Gdańsk**. Ogłoszenie określało wartość

zamówienia na kwotę nie wyższą niż 2 820 364,90 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

Zgodnie z ogłoszeniem oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13.03.2013 r., a otwarcie miało nastąpić w siedzibie POW NFZ w dniu 15.03.2013 r. Decyzją Dyrektora na wniosek komisji konkursowych termin składania ofert zmieniony został na dzień 18.03.2013 r. a otwarcia ofert na dzień 20.03.2013 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęło w terminie 29 ofert. Zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała braki formalne, które zostały uzupełnione odpowiednio 08.04.2013r. oraz 23.04.2013r. Nie przeprowadzono kontroli oferenta. Kontrole były prowadzone u oferentów, którzy nie mieli dotychczas zawartych w danym zakresie umów z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku.

Kolejno oferty analizowane były pod względem spełniania warunków wymaganych określonych przez przepisy ogólnie obowiązujące i zarządzenia Prezesa NFZ.

W postępowaniu **11-13-000352/AOS/02/1/02.1200.001.02/1** w zakresie dermatologii i wenerologii. Odwołujący na pytania w ankiecie dotyczące warunków wymaganych, udzielił dyskwalifikującej odpowiedzi. Odpowiedź „Nie spełniam warunku w dniu złożenia oferty” dotyczyła pytania:

- **1.8.2.2.** Czy oferent zapewnia dostęp do aparatu do elektrokoagulacji? Oraz
- **1.8.2.4.** Czy oferent zapewnia dostęp do lampy terapeutycznej (kabiny lub płyty) emitującej promieniowanie UVA.

Komisja Konkursowa nie wybrała oferenta z powodu niespełnienia warunków wymaganych określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna z dnia 27 maja 2011 r. (Dz. U. z dnia 31 maja 2011 r.) ze zm. oraz Zarządzeniu Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna ze zm.

W dniu 20.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **11-13-000352/AOS/02/1/**. W odwołaniu złożonym w związku z nie wybraniem oferty, wskazano, że

oferta nie została wybrana celowo (nie była brana pod uwagę, ze względu na nie pojawienie się wizytacji w wyznaczonym terminie) a oferent spełnia wszelakie warunki wymagane prawem i zarządzeniami Prezesa NFZ; stosowne wyjaśnienia zostały złożone przez oferenta w kancelarii w dniu 15.05.2013r. w godzinach porannych.

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego oferent został poinformowany o tym, że posiada prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie, istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący nie skorzystał z prawa do zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego oraz treścią zarzutów podniesionych w odwołaniu, Dyrektor POW NFZ stwierdza, że:

Odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.

Oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w przepisach prawa. Należy przy tym podkreślić, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, był uprawniony do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś odwołujący się, w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy, Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Komisja konkursowa w oparciu o materiały konkursowe i zgodnie z warunkami wymaganymi określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna z dnia 27 maja 2011 r. (Dz. U.

z dnia 31 maja 2011 r.) ze zm. oraz Zarządzeniu Nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna ze zm. dokonała weryfikacji wszystkich ofert.

Odwołujący się w treści odwołania nie wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy. Przepis ten stanowi, że „świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, przysługują środki odwoławcze przewidziane w art. 153 i 154 ustawy”. Z treści tego przepisu wynika zatem, iż jedynie naruszenie przez Fundusz zasad postępowania stanowi postawę do wniesienia odwołania. Określone w art. 134 ustawy zasady prowadzenia postępowania o zawarcie umowy to zasada równego traktowania wszystkich uczestników postępowania oraz zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Jak wskazano równe traktowanie polega na tym by wszystkie wymagania, informacje i wyjaśnienia a także dokumenty związane z postępowaniem o zawarcie umowy były udostępniane na tych samych zasadach wszystkim oferentom. Natomiast sposobem gwarantującym prowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji jest prowadzenie postępowania w taki sposób, by nie dopuścić do przekazania, ujawnienia lub wykorzystania informacji stanowiących tajemnicę danego podmiotu - osobom trzecim. Należy dodatkowo mieć na uwadze, iż w myśl art. 138 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej - do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy o zamówieniach publicznych.

Dokonując, zatem porównania ofert, w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta odwołaniem do organu I instancji, należy wskazać, co następuje:

Oferta skarżącego oceniana była według takich samych kryteriów, jak i pozostałe oferty. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w ankiecie wskazujące, czy oferent spełnia w dniu składania oferty, jak też będzie spełniał w przyszłości tj. od początku obowiązywania umowy wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych i zarządzeniach Prezesa.

Oferta skarżącego nie spełniała kryteriów określonych przez Prezesa Funduszu dla oferentów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Podkreślić należy, iż zarządzenie,

wydane na podstawie art. 146 ust. 1 *ustawy o świadczeniach*, określające warunki wymagane od uczestników konkursu, nie kreuje praw czy obowiązków potencjalnych uczestników tego konkursu, lecz wskazuje adresatów (poprzez określenie wymagań), którzy mogą wziąć udział w konkursie.

Spełnienie przez oferenta i ofertę warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146, jest nakazem ustawowym, wynikającym a contrario z art. 149 ust 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach (wyrok NSA z 24.02.2011- II GSK 262/10).

Komisja konkursowa powinna była odrzucić ofertę **odwołującego się**. Oferta odwołującego się nie została formalnie odrzucona ale nie została również zakwalifikowana do części niejawnego postępowania i nie została wybrana. Jak słusznie zwrócił uwagę odwołujący się, oferta nie była brana pod uwagę od początku postępowania po weryfikacji spełniania warunków wymaganych) m. in. nie przeprowadzono wizytacji a oferent został poinformowany o rozbieżności danych wykazanych w ofercie, dotyczących ankiety. Nawet jeżeli zatem popełniony został w trakcie postępowania konkursowego błąd, to nie miał on wpływu na przebieg postępowania oraz jego rozstrzygnięcie.

Odrzucenie oferty ma dla odwołującego się dokładnie taki sam skutek jak jej niewybranie, gdyż zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku nie dojdzie do zawarcia umowy. Wobec brzmienia art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oferta podlegała odrzuceniu z mocy prawa. Nawet ewentualne wniesienie protestu na odrzucenie oferty nie zmieniłoby przebiegu postępowania, gdyż odwołujący się nie był w posiadaniu wymaganego sprzętu tj. aparatu do elektrokoagulacji oraz dostępu do lampy terapeutycznej.

W postępowaniu nr 11-13-000352/AOS/02/1/02.1200.001.02/1 złożono łącznie 29 ofert. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów. W postępowaniu wybrano 19 miejsc udzielania świadczeń.

Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone. W niniejszym postępowaniu zaplanowana ilość świadczeń to: 339803,00 pkt., a ilość zakupiona: 368600,00 pkt.

Wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - należało je oddalić.

Niniejszej decyzji, na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, w szczególności konieczność zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od 1 lipca 2013 r., nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

D Y R E K T O R
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Barbara Kawińska

Pouczenie

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U z 2008 r. nr 164; poz. 1027 ze zmianami), od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie, ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.