

WO/ZRP – DML/ 79-D

Gdańsk, dnia 31 stycznia 2014 r.

Wojewódzki Zespół Reumatologiczny
im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie
ul. Grunwaldzka 1/3
81-759 Sopot**DECYZJA nr 12 /2014****z dnia 31 stycznia 2014 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. 148 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 zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w związku z art. 138 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie
od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1
w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
w zakresie: ortopedii i traumatologii narządu ruchu
na obszar: 2264- Sopot

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:
Oddała odwołanie Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko
w Sopocie.

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 01.07.2013r. – 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu na obszarze m. Sopot. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 131 120,00 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

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

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęły w terminie dwie oferty, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się nie posiadała braków formalnych.

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 188 426,00 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 131 120,00 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o nieprzeprowadzeniu negocjacji.

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano jednego z oferentów na jedno miejsce udzielania świadczeń.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1**. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego rozstrzygnięcia zarzucając, zarzucając temu rozstrzygnięciu :

- 1) naruszenie art. 148 ustawy o świadczeniach poprzez dokonanie porównania ofert w toku ww. postępowania bez należytego uwzględnienia kryteriów oceny do porównania ofert takich jak ciągłość, kompleksowość, i dostępność udzielanych świadczeń;
- 2) naruszenie przepisów ustawy, tj. art. 142 ust 6 i 7 ustawy o świadczeniach poprzez nieprzeprowadzenie negocjacji z przynajmniej dwoma oferentami;
- 3) naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach, poprzez prowadzenie postępowania w sposób nie gwarantujący zachowania uczciwej konkurencji oraz poprzez brak udostępnienia odwołującemu szczegółowej oceny ofert wraz z uzasadnieniem, co pozbawiło odwołującego możliwości zapoznania się ze sposobem przyznania i przeliczenia punktacji, jaka została nadana przedstawionej przez niego ofercie i jej uzasadnieniem, co w konsekwencji

ograniczyło możliwość podniesienia przez niego ewentualnych zarzutów co do nieprawidłowości powstałych w toku postępowania.

W odwołaniu wniesiono o uwzględnienie odwołania i dokonanie wyboru oferty w ww. postępowaniu z uwzględnieniem oferty złożonej przez odwołującego lub uwzględnienia odwołania i przeprowadzenie negocjacji z dwoma oferentami w przedmiotowym postępowaniu.

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego Odwołujący się 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.

W dniu 26.06.2013r. Odwołujący się zapoznał się z następującą dokumentacją postępowania:

- 1) Ogłoszenie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert;
- 2) Rejestr złożonych ofert;
- 3) Oferta (pełna dokumentacja ofertowa wraz z dokumentami rejestrowymi oferenta itp.);
- 4) Ocena prawidłowości ogłoszenia postępowania dla konkursu ofert/rokowań – lista kontrolna;
- 5) Oświadczenia członków komisji;
- 6) Ocena spełnienia warunków formalnych oferty CZĘŚĆ A, B, C – listy kontrolne;
- 7) Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej;
- 8) Zestawienie spornych elementów oferty w zakresie personelu;
- 9) Wezwanie do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu;
- 10) Zestawienie ofert nie spełniających warunków wymaganych;
- 11) Ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);
- 12) Protokół/protokoły z posiedzenia komisji w części niejawnej;
- 13) Protokół z posiedzenia komisji dokonującego podsumowania postępowania;
- 14) Informacja o rozstrzygnięciu postępowania i wniosek o zawarcie umów;
- 15) Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania;

Do protokołu Świadczeniodawca złożył wniosek o udostępnienie mu dokładnej punktacji obu oferentów w tym postępowaniu wraz z możliwą do uzyskania liczbą punktów.

Decyzją nr 498/2013 Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia. Od powyższej decyzji oferent w dniu 11.07.2013 r. wniósł odwołanie do Prezesa NFZ zarzucając komisji konkursowej:

- naruszenie art. 142 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) poprzez jego niezastosowanie polegające na tym, iż nie przeprowadzono negocjacji z dwoma oferentami w przedmiotowym postępowaniu, w tym z Wojewódzkim Zespołem Reumatologicznym im. dr Jadwigi Titz-Kosko z siedzibą w Sopocie, gdy z art. 142 ust. 7 wskazanej ustawy wynika taki obowiązek,
- naruszenie art. 142 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) poprzez dokonanie w części niejawnego konkursu wyboru oferty pomimo, iż złożona oferta nie zapewniała najlepszych parametrów w zakresie wszystkich kryteriów: ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność, a bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia nie różnił się od oferty Skarżącego,
- naruszenie art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) poprzez dokonanie porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu bez należytego uwzględnienia kryteriów oceny i porównania ofert takich jak ciągłość, kompleksowość, i dostępność udzielanych świadczeń, a w konsekwencji wyboru oferty Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie, nie spełniającej jednego z kryteriów tj. kompleksowości,
- naruszenie art. 152 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) poprzez uznanie, iż interes prawny Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego im dr Jadwigi Titz- Kosko z siedzibą w Sopocie, nie doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- naruszenie art. 150 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) poprzez niedokonanie unieważnienia postępowania konkursowego, pomimo zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć,
- naruszenie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) poprzez prowadzenie postępowania w sposób nie gwarantujący zachowania uczciwej konkurencji oraz

poprzez brak udostępniania odwołującemu Wojewódzkiemu Zespołowi Reumatologicznemu im dr Jadwigi Titz- Kosko z siedzibą w Sopocie, szczegółowej oceny ofert wraz z uzasadnieniem przed terminem na złożenie odwołania, co pozbawiło go możliwości zapoznania się ze sposobem przyznania i przeliczenia punktacji, jaka została nadana przedstawionej ofercie i jej uzasadnieniem, co w konsekwencji ograniczyło możliwość podniesienia przez niego ewentualnych zarzutów co do nieprawidłowości powstałych w toku postępowania,

- naruszenie art. 10 § 1 kpa, polegające na tym, iż mimo że w piśmie z dnia 24 czerwca 2013 r. (znak: WO/KK-905-BI) skarżący został poinformowany, że na podstawie art. 10 § 1 kpa ma prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania i wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, nie udostępniono odwołującemu całości akt, w szczególności oferty drugiego oferenta ani też uzasadnienia odnośnie sposobu oceny ofert.

Prezes Funduszu decyzją Nr 2013/607/DSOZ z dnia 03.12.2013 r. uwzględnił odwołanie i uchylił decyzję Nr 498/2013 Dyrektora POW NFZ, uznając trafność zarzutów dot. naruszenia przepisów postępowania w stopniu mającym istotny wpływ na wynik sprawy.

W ocenie Prezesa Funduszu organ I instancji, wydając zaskarżoną decyzję, rażąco naruszył w szczególności art. 10 § 1 i art. 73 § 1 i § 1a kpa nie umożliwiając skarżącemu zapoznanie się z ofertami konkurencyjnymi, pomimo iż odwołujący wniosek taki złożył. Zdaniem Prezesa Funduszu organ I instancji powinien okazać odwołującemu pełne akta sprawy, obrazujące przebieg postępowania konkursowego, w tym także dokumentację dotyczącą ofert podmiotów konkurencyjnych wobec odwołującego się. Przy czym dokumentacja ta powinna być udostępniona w warunkach i formie, która nie doprowadzi do naruszenia przepisów prawa powszechnie obowiązującego w szczególności zakazujących przekazywania danych wrażliwych prawnie chronionych, jak też naruszających przepisy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Ponadto Prezes Funduszu wskazał, iż organ I instancji wydając przedmiotową decyzję Nr 498/2013, nie podjął wszystkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego sprawy, gdyż nie odniósł się w należyty sposób do wszystkich zarzutów stawianych przez Odwołującego się, a w zaskarżonej decyzji nie było rzetelnego porównania złożonych ofert.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o art. 10 kpa umożliwił odwołującemu się zapoznanie z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla odwołującego w dniach od 15.01.2014 r. do dnia 17.01.2014 r., o czym poinformował Odwołującego się pismem znak: WO/AJ-

1930-BI z dnia 11.12.2013 r. Odwołujący się nie skorzystał z prawa do zapoznania się z zebrany materiałem dowodowym.

Rozpoznając ponownie odwołanie złożone przez Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie, 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.

Zgodnie zaś z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, 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 Zarządzeniem 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 ze zm., oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów. Nadmienić w tym miejscu należy, iż ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów.

Mając na uwadze podniesiony przez odwołującego się zarzut naruszenia interesu prawnego, w pierwszej kolejności należy podnieść, że przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach stanowi, iż „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 także 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. Zatem fundamentalnym pojęciem dla instytucji środka odwoławczego, w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny - zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami - rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym, przyznane przez normę prawa materialnego. Istotne jest, że interes prawny musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili oraz indywidualny. Ustalenie zaś interesu prawnego, to zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym, a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r., (sygn. akt VII SA/Wa 2012/08, *LEX nr 533330*) wskazał, iż 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. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, determinuje w zasadzie sposób postępowania, w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania, organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Podobnie w wyroku z dnia 17.02.2012 r. (sygn. akt: SA /Wa 1881/11), Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie stwierdził, iż 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. Podobne stanowisko zawarł Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 20 kwietnia 2011 r. (II GSK 474/10) wskazując, iż przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.

Odnosząc się zatem do zarzutu naruszenia art. 148 ustawy o świadczeniach ponownego podkreślenia wymaga, iż zgodnie z Zarządzeniem 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 ze zm. Komisja konkursowa oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów i przyjęła takie same parametry ich oceny szczegółowo uregulowane w Zarządzeniu Prezesa Nr 73/2012/DSOZ z 8 listopada 2012 r. w tabeli nr 1.13.1- AOS.

W konsekwencji, po weryfikacji postępowania ww. zakresie organ I instancji uznał, iż nie doszło do naruszenia art. 148 cyt. ustawy, a zrzuty odwołującego się należało uznać za nieuzasadnione.

Również zarzut naruszenia art. 142 ust. 6 i 7 ustawy o świadczeniach nie zasługuje na uwzględnienie, gdyż zgodnie z art. 142 ust.5 ww. ustawy w części niejawniej komisja może dokonać tzw. prostego wyboru oferty i nie musi przeprowadzać negocjacji. Tym samym postanowienia art. 142 ust. 7 cyt. ustawy nie znajdują zastosowania. W konsekwencji zarzut odwołującego się należało uznać za nieuzasadniony.

W odniesieniu do zarzutu nieudostępnienia akt postępowania konkursowego, co uniemożliwiło stronie weryfikację ofert pozostałych uczestników postępowania i w jego ocenie naruszyło art. 134 ustawy o świadczeniach - stwierdzić należy, iż strona ma prawo do wglądu (udostępnienia jej) akt sprawy, a zatem nie jakichkolwiek akt będących w posiadaniu organu administracji publicznej, lecz wyłącznie akt zgromadzonych w postępowaniu w danej (jej) sprawie administracyjnej. Należy jednakże podkreślić, że strona może żądać wglądu do innych akt niż akta jej sprawy na podstawie przepisów szczególnych. W tym wypadku na podstawie przepisów szczególnych ustanawiających takie prawo (ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz. U. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm. Należy podkreślić, że Odwołujący się złożył taki wniosek o udostępnienie informacji publicznej zgodnie z art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i zostanie on udostępniony w terminie i trybie określonym tą ustawą.

Odnosząc się do zarzutu braku podpisów wszystkich członków komisji pod protokołem z rozstrzygnięcia – wskazać należy, że zgodnie z § 7 pkt. 3 regulaminu pracy komisji konkursowej prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Załącznik do Uchwały Nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.) „Komisja podejmuje decyzje w obecności co najmniej 2/3 jej składu”. Wobec powyższego zarzuty oferenta w przedmiocie niepełnego składu komisji przy sporządzaniu protokołu należy uznać za bezzasadne

Po rozpatrzeniu odwołania **Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie** należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, ale jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie, czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interes prawny świadczeniodawcy, a więc wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr **11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1** w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta **Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie** odwołaniem do organu I instancji, należy ponadto wskazać, iż:

Oferta skarżącego oceniana była według takich samych kryteriów, jak 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 jak i zarządzeniach Prezesa. Część tych wymagań musi spełnić każdy oferent (warunki wymagane - konieczne) natomiast część ma charakter tzw. rankingujący co oznacza, że w przypadku ich spełnienia oferta uzyskuje wyższą punktację.

W postępowaniu nr **11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1** złożono w terminie łącznie dwie oferty na dwa miejsca udzielania świadczeń. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą liczbę punktów.

Ocena oferty wybranej i odwołującego się przedstawiała się następująco:

Nazwa kategorii	max liczba punktów do uzyskania	Liczba punktów odwołującego się	Liczba punktów - oferent o max liczbie punktów	Liczba punktów - ostatni oferent nad linią odcięcia
Kryteria niecenowe	83,000	64,000	64,500	64,500
Kryteria cenowe	20,000	12,273	12,273	12,273
	103,000	76,273	76,773	76,773

Szczegółowa ocena oferty wybranej i odwołującego się przedstawiała się następująco:

Nazwa świadczeniodawcy	Punkty za ofertę cenową	Punkty ciągłość	Punkty kompleksowość	Punkty jakość	Punkty dostępność	Punkty pozostałe	Punkty razem za niefinansowe kryteria	Punkty łącznie
<u>Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie</u>	12,273		0,000	55,500	9,000		64,500	76,773
Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie	12,273		2,500	55,500	6,000		64,000	76,273

*podkreślenie oznacza wybór oferenta w rozstrzygnięciu postępowania

Karta oceny oferty Odwołującego.

Nazwa Kategorii	Nazwa grupy pytań	Kod kryterium oceny	Min liczba punktów w do uzyskania	Max liczba punktów w do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Czy skalowalne	Min liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Max liczba punktów w do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Czy Dyskwalifikuje	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
Jakość	PERSONEL	12	0,000	30,000	30	Tak	0	30	27,2727	Nie	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurg	Czas pracy równy 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni
Jakość	PERSONEL	12	0,000	3,000	3	Tak	0	30	2,7273	Nie	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50%	Tak
Dostępność	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	13	0,000	10,000	1	Tak	0	10	1,0000	Nie	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/pracownia?	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie
Jakość	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	14	0,000	1,000	1	Tak	0	15	7,5000	Nie	Czy oferent zapewnia densytmetr umożliwiający wykonywanie badań z kręgosłupa lub kości udowej - w I	Tak
Jakość	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	14	0,000	1,000	1	Tak	0	15	7,5000	Nie	Czy oferent zapewnia ultrasonograf - w lokalizacji?	Tak
Jakość	WYBRANE PARAMETRY ARCHITEKTONICZNE I SANITARNE MIEJSC UDZIELANIA	15	0,000	4,000	2	Tak	0	15	7,5000	Nie	Czy oferent zapewnia gabinet diagnostyczno-zabiegowy, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 7 zarz	Tak, zapewniam gabinet diagnostyczny o - zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy porad

	ŚWIADCZE Ń											
Jakość	ZEWNĘTR ZNA OCENA JAKOŚCI	16	0,000	3,000	3	Tak	0	3	3,0000	Nie	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Tak
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZ ONYCH PRZEZ NFZ	19	-1,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzon ych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZ ONYCH PRZEZ NFZ	19	-3,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzon ych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZ ONYCH PRZEZ NFZ	19	-1,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzon ych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZ ONYCH PRZEZ NFZ	19	-3,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzon ych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZ ONYCH PRZEZ NFZ	19	-3,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzon ych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZ ONYCH PRZEZ NFZ	19	-2,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzon ych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZ ONYCH PRZEZ NFZ	19	-1,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzon ych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	Nie

Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	19	-1,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	19	-2,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	19	-2,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	19	-2,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	19	-3,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	19	-3,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	19	-3,000	0,000	0	Tak	-5	0	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNO SPRAWNYCH RUCHOWO	20	0,000	2,000	2	Tak	0	5	1,6667	Nie	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	Tak
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNO SPRAWNYCH RUCHOWO	20	0,000	2,000	2	Tak	0	5	1,6667	Nie	Czy oferent zapewnia podjazd oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak

Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNO SPRAWNYCH RUCHOWO	20	0,000	2,000	2	Tak	0	5	1,6667	Nie	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźw	Tak
Kompleksowość	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL.ŚW.W DANYM ZAKR.,UWZGL.WSZYSTKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.	23	0,000	3,000	0	Tak	0	5	0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia możliwość wykonywania TK lub RM - w lokalizacji?	Nie
Kompleksowość	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL.ŚW.W DANYM ZAKR.,UWZGL.WSZYSTKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.	23	0,000	3,000	3	Tak	0	5	2,5000	Nie	Czy oferent posiada poradnię reumatologiczną - w lokalizacji?	Tak
Ciągłość	WARUNKI WYMAGANE	51	0,000	0,000	0	Tak	0	0	0,0000	Nie	Czy świadczeń udziela: 1) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii uraz	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy
Ciągłość	WARUNKI WYMAGANE	51	0,000	0,000	0	Tak	0	0	0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia dostęp do densytometru umożliwiającego wykonywanie badań z kręgosłupa lub kości	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy
Ciągłość	WARUNKI WYMAGANE	51	0,000	0,000	0	Tak	0	0	0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia aparat RTG - w lokalizacji?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy
Ciągłość	WARUNKI WYMAGANE	51	0,000	0,000	0	Tak	0	0	0,0000	Nie	Czy poradnia specjalistyczna jest czynna nie krócej niż trzy dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, w	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy

Ciągłość	WARUNKI WYMAGA NE	51	0,000	0,000	0	Tak	0	0	0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia możliwość założenia opatrunku gipsowego lub innego opatrunku unieruchamiającego	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy
Ciągłość	WARUNKI WYMAGA NE	51	0,000	0,000	0	Tak	0	0	0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym I	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy
Ciągłość	WARUNKI WYMAGA NE	51	0,000	0,000	0	Tak	0	0	0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia dostęp do badań USG?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy
Cena	CENA	7				Tak			12,2727			

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu liczba świadczeń wynosiła 14 900 pkt, a liczba zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 12 960 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

Natomiast odnosząc się do zarzutu Odwołującego, co do nie przeprowadzenia podczas postępowania nr 11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 „obowiązkowych” negocjacji z dwoma oferentami, czym naruszono art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach należy podnieść, co następuje.

Przepisy art. 142 ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach przewidują dwie możliwości ustalenia liczby i ceny świadczeń w zawieranej umowie tj.: poprzez proste przyjęcie oferty (art. 142 ust. 5) albo przeprowadzenie negocjacji (art. 142 ust. 6).

Jednocześnie literalne brzmienie przepisu art. 142 ust. 5 i ust. 6 wskazuje, iż nie ma obowiązku przeprowadzenia negocjacji, które nie stanowią obligatoryjnego elementu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach wskazano, że komisja konkursowa w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Znalazło to także odzwierciedlenie w Regulaminie pracy komisji w zapisie § 15 ust. 1 - 3 gdzie wskazano, że komisja konkursowa w części niejawnego postępowania może przeprowadzić

un

negocjacje z oferentami w celu ustalenia: liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Takie stanowisko zostało również potwierdzone w doktrynie prawa, m.in.: „(...) *W komentowanym artykule w ust. 5 i 6 ustalono dwie możliwości ustalenia liczby i ceny świadczeń w zawieranej umowie: poprzez proste przyjęcie oferty albo prowadzenie negocjacji (...)*” [Agnieszka Pietraszewska-Macheta - Komentarz do art. 142, art. 143, art. 144, art. 145 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, LEX 2010 r.]. Jednocześnie także i w orzecznictwie sądowym utarł się pogląd, zgodnie z którym podczas postępowania konkursowego o zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji z oferentami. W prawomocnym wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 13 września 2012 r., w sprawie o sygn. akt VI SA/Wa 800/12 wskazano, iż: „(...) *Ustęp 6 [art. 142 ustawy o świadczeniach -przyp. red.] nie stanowi o obowiązku negocjacji, a o możliwości ich przeprowadzenia (...)*”.

Powyższe potwierdza również treść przepisu art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach, który uszczegóławia, iż w przypadku przeprowadzania negocjacji z oferentami w celu ustalenia ceny oraz ilości świadczeń, występuje wymóg przeprowadzenia negocjacji co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Powyższy przepis odnosi się więc do liczby oferentów zaproszonych do negocjacji, a nie samego przeprowadzenia negocjacji.

Zatem prowadzenie negocjacji z zachowaniem warunku określonego w art. 142 ust. 7 ww. ustawy jest konieczne wyłącznie w sytuacji gdy komisja konkursowa podejmie decyzję o przeprowadzeniu negocjacji.

Tym samym komisja konkursowa w części niejawnego konkursu ofert może (lecz nie musi) przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, a wskazany etap nie ma charakteru obligatoryjnego. W przypadku gdy jest on jednak przeprowadzony, staje się wówczas jednym z elementów składowych konkursu ofert (*jego* części niejawnego).

Mając na uwadze powyższe uznać należy, iż podczas postępowania konkursowego nr 11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 komisja konkursowa decydując o nieprzeprowadzeniu negocjacji z żadnym z oferentów, postępowwała w zgodzie z obowiązującymi przepisami.

Jeśli chodzi o zarzut naruszenia art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym komisja dokonała wyboru oferty pomimo, iż nie zapewniała ona najlepszych parametrów w zakresie wszystkich kryteriów, stwierdzić należy co następuje.

W przedmiotowym postępowaniu ocena ofert następowała w oparciu o zarządzenie nr 54/2011/DSOZ ze zm., z którego wynika iż każda oferta mogła uzyskać maksymalnie 103 punkty, w tym:

- w kryterium jakości maksymalnie 63 punkty, w tym:
 - za personel - maksymalnie 30 punktów;
 - za sprzęt i aparaturę medyczną - maksymalnie 15 punktów;
 - wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń - maksymalnie 15 punktów;
 - za zewnętrzną ocenę jakości - maksymalnie 3 punkty;
 - za wyniki kontroli przeprowadzonych przez Narodowy Funduszu Zdrowia - maksymalnie 0 punktów (minimalnie -5 punktów);
- w kryterium kompleksowości maksymalnie 5 punktów, w tym:
 - za dostęp do badań i zabiegów - maksymalnie 2,5 punktu;
 - za dostęp do poradni - maksymalnie 2.5 punktu;
- w kryterium dostępności maksymalnie 15 punktów, w tym:
 - za odpowiedni harmonogram pracy komórki organizacyjnej - maksymalnie 10 punktów;
 - za odpowiedni dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo - maksymalnie 5 punktów;
- w kryterium ceny maksymalnie 20 punktów.

Oferta złożona przez Odwołującego do przedmiotowego postępowania nie uzyskała maksymalnej, możliwej do zdobycia ilości punktów za ww. kryteria. Oferta Odwołującego na maksymalnie 103,00 punkty uzyskała łączną ocenę w wymiarze 76.273 punktów, zajmując tym samym 2 (ostatnią) pozycję w rankingu końcowym.

Należy przypomnieć, że w przedmiotowym postępowaniu konkursowym zostały złożone 2 oferty, z których każda spełniała wymagane prawem warunki oraz została zakwalifikowana do części niejawnego postępowania.

Bezsprzecznym jest fakt, iż oferta z poz. 1 rankingu końcowego uzyskała wyższą łączną liczbę punktów oceny, w porównaniu od oferty Odwołującego. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania numer 11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 komisja, w ramach ogłoszonej wartości zamówienia, zadecydowała o wybraniu oferty jednego podmiotu (w kolejności wynikającej z rankingu końcowego), który uzyskał najwyższą łączną liczbę punktów oceny.

Szczegółowa ocena odpowiedzi udzielonych przez oferenta wybranego i odwołującego się na pytania w cz. VIII formularza ofertowego- ANKIETY

Nazwa Kategorii	Nr pytania	Pytanie	Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. Jadwigi Titz-Kosko w Sopocie	SP Zespół ZOZ Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie
			Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	
Jakość	1.1.1.1	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurg	27,2727	27,2727
Jakość	1.1.2.1	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50%	2,7273	2,7273
Dostępność	1.2.1.1	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	1,0000	4,0000
Jakość	1.3.1.1	Czy oferent zapewnia densytometr umożliwiający wykonywanie badań z kręgosłupa lub kości udowej - w I	7,5000	0,0000
Jakość	1.3.1.2	Czy oferent zapewnia ultrasonograf - w lokalizacji?	7,5000	7,5000
Jakość	1.4.1.1	Czy oferent zapewnia gabinet diagnostyczno-zabiegowy, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 7 zarz	7,5000	15,0000
Jakość	1.5.1.1	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	3,0000	3,0000
Jakość	1.6.1.1	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.2.1	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.2.2	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.2.3	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.2.4	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.3.1	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.3.2	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	0,0000	0,0000

Jakość	1.6.4.1	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.4.2	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.4.3	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.5.1	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.5.2	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.6.1	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	0,0000	0,0000
Jakość	1.6.6.2	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające	0,0000	0,0000
Dostępność	1.7.1.1	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	1,6667	1,6667
Dostępność	1.7.1.2	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,6667	1,6667
Dostępność	1.7.1.3	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźw	1,6667	1,6667
Kompleksowość	1.8.1.1	Czy oferent zapewnia możliwość wykonywania TK lub RM - w lokalizacji?	0,0000	0,0000
Kompleksowość	1.8.2.1	Czy oferent posiada poradnię reumatologiczną - w lokalizacji?	2,5000	0,0000
Ciągłość	1.9.1.1	Czy świadczeń udziela: 1) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii uraz	0,0000	0,0000
Ciągłość	1.9.2.1	Czy oferent zapewnia dostęp do densytometru umożliwiającego wykonywanie badań z kręgosłupa lub kości	0,0000	0,0000
Ciągłość	1.9.2.2	Czy oferent zapewnia aparat RTG - w lokalizacji?	0,0000	0,0000
Ciągłość	1.9.3.1	Czy poradnia specjalistyczna jest czynna nie krócej niż trzy dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, w	0,0000	0,0000
Ciągłość	1.9.3.2	Czy oferent zapewnia możliwość założenia opatrunku gipsowego lub innego opatrunku unieruchamiającego	0,0000	0,0000
Ciągłość	1.9.4.1	Czy oferent zapewnia dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym I	0,0000	0,0000
Ciągłość	1.9.4.2	Czy oferent zapewnia dostęp do badań USG?	0,0000	0,0000
Cena			12,2727	12,2727
		Razem	76,273	76,773

Z analizy porównawczej obu złożonych w postępowaniu ofert, oferta która została wybrana w trybie tzw. prostego wyboru spełniała wszelkie wymagane kryteria, a ogólna ocena tej oferty była wyższa niż oferta Odwołującego.

Jednocześnie należy przypomnieć, iż punkty uzyskane przez obie oferty w rankingach, są to tzw. punkty rankingujące, które są przyznawane za spełnienie dodatkowych kryteriów tylko ofertom spełniającym warunki wymagane prawem.

Mając na uwadze powyższe komisja konkursowa uznała, iż wybrana oferta zapewniała spełnienie elementów, o których mowa w art. 142 ust. 5 pkt. 1 ustawy o świadczeniach. Wybrana oferta musi zapewniać łącznie spełnienie wymienionych elementów i przedstawiać najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

Jednocześnie należy wskazać, iż punktacja przyznana ofercie Odwołującego nie była wystarczająca, aby mogła zostać wybrana w toku przedmiotowego postępowania. Oferta podmiotu wybranego w przedmiotowym postępowaniu uzyskała bowiem wyższą łączną liczbę punktów oceny w wymiarze 76,773 punktów, uzyskując tym samym 1 pozycję w rankingu końcowym.

Ponadto należy zauważyć, że umowy o świadczenie usług medycznych zawierane są z Funduszem na podstawie art. 132 - 159 ustawy o świadczeniach i w takim też trybie kontraktowano świadczenia, dotyczące przedmiotowego odwołania.

W tym miejscu podnieść również należy, że żaden z przepisów ustawy nie wskazuje na pierwszeństwo któregośkolwiek z kryteriów wymienionych w art. 142 ust. 5 i art. 148 ustawy o świadczeniach. W ocenie organu II instancji, wymienione w ustawie o świadczeniach kryteria mają równorzędną rangę i w związku z tym niższa ocena np. za jedno z nich przy korzystniejszym ogólnym bilansie, nie może stanowić podstawy do uznania, że oferta ta jest ofertą nie zasługującą na wybranie.

W tym miejscu należy zauważyć, że działania komisji konkursowej nie mają prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, którzy złożyli oferty w postępowaniu, bowiem zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór oferty/ofert w ramach wartości zamówienia podanej przez Zamawiającego w ogłoszeniu o postępowaniu. Spełnienie wszystkich wymogów przewidzianych warunkami konkursu, nie stanowi podstawy do wyboru danej oferty w celu zakontraktowania świadczeń. Łączna ocena danego oferenta dokonywana jest bowiem na podstawie sumy punktów za kryteria niecenowe i punktów za ofertę cenową. Wskazać również należy, że POW NFZ jako jednostka sektora finansów publicznych musi uwzględniać podczas zawierania umów rachunek ekonomiczny. Jeśli część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo-ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach

konkurencyjnych, a oferta/oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostaje/-ją zakwalifikowana/-e do zawarcia umowy.

Zawarcie umów ze wszystkimi świadczeniodawcami uczestniczącymi w postępowaniu konkursowym nie jest możliwe ze względu na ograniczone możliwości finansowe Funduszu. Powyższe znalazło potwierdzenie w orzecznictwie Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie, gdzie w wyroku z dnia 23 stycznia 2007 r., w sprawie o sygn. akt VII SA/Wa 950/06, czytamy, iż: „(...) *Możliwości finansowe Funduszu nie mogą stanowić przedmiotu odwołania, podobnie jak działania komisji konkursowej w trakcie negocjacji liczby i ceny świadczeń, mające na celu nieprzekroczenie zaplanowanych środków finansowych (...)*”.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, gdyż w przedmiotowym konkursie złożono drugą ofertę, które uzyskała wyższą punktację w ocenie łącznej, a dzięki temu to właśnie ona została wybrana w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze powyższe, niniejszy zarzut Odwołującego nie zasługiwał na uwzględnienie.

Odnosząc się do zarzutu niedokonania unieważnienia postępowania konkursowego, z powodu zaistnienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć wyjaśnić należy, co następuje.

W doktrynie prawa uznaje się, że mówiąc o istotnej zmianie okoliczności, jest mowa o takich okolicznościach, których Fundusz nie znał przed ogłoszeniem konkursu ofert i które są na tyle istotne, że dalsze prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy z oferentem nie leży w interesie ubezpieczonych. „*Przykładem istotnej zmiany okoliczności, nie znanej Funduszowi w chwili ogłoszenia konkursu lub rokowań, mogą być zdarzenia nagle uzasadniające zmianę planu finansowego, skutkujące koniecznością przeznaczenia środków finansowych, ujętych w ogłoszeniu na inne świadczenia zdrowotne. Z pewnością ta przesłanka ma wyjątkowy charakter i nie zachodzi często w praktyce*” [Anna Olińska - Komentarz praktyczny -Unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ABC].

Podkreślić należy również, że w wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania, świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu zostały zabezpieczone na kontraktowanym obszarze na poziomie 86,98% oraz zdaniem organu I instancji nie zachodziły przesłanki do unieważnienia postępowania.

Mając na uwadze powyższe, za niezasadny należało uznać zarzut naruszenia art. 150 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 148 ustawy o świadczeniach, w zakresie oceny oferty Odwołującego, poprzez brak należytego uwzględnienia przez komisję kryteriów oceny ofert, które nie pozwoliły na dokonanie wyboru jego oferty wskazać należy, co następuje.

W przedmiotowym postępowaniu wszystkie oferty oceniane były w kryteriach: jakości, dostępności, kompleksowości i ceny, zgodnie z zarządzeniem 54/2011/DSOZ ze zm., a także stosownie do treści pytań ankietowych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Łączna ocena oferty wynikała ze zsumowania wszystkich poszczególnych ocen w każdym z podlegających ocenie kryteriów.

Zgodnie z zarządzeniem 71/2012/DSOZ ze zm., spełnianie warunków wymaganych jest elementem niezbędnym, warunkującym uczestnictwo w postępowaniu konkursowym, natomiast oferty konkurują ze sobą warunkami realizacji świadczeń dodatkowo ocenianymi. Zarówno warunki wymagane, jak i rankingujące obowiązujące w przedmiotowym postępowaniu były jawne, stanowią bowiem załącznik nr 3 część „a” ww. zarządzenia.

Mając na uwadze powyższe wyliczenia, które potwierdziły prawidłowość dokonanej oceny oferty Odwołującego we wszystkich podlegających ocenie kryteriach wskazać należy, iż niezasadne były obawy Odwołującego co, do nieprawidłowej oceny oferty.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego dotyczących naruszenia art. 134 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, zobowiązującego Fundusz do równego traktowania świadczeniodawców podnieść należy, co następuje.

Sposób realizacji zasady równego traktowania świadczeniodawców przez Fundusz określony został w art. 134 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym: „*Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach*”, jak również w kolejnych przepisach ustawy o świadczeniach dotyczących zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami.

W przedmiotowym postępowaniu wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem POW NFZ udostępnił świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Przystępując do postępowania Odwołujący miał możliwość, podobnie jak i drugi oferent, zapoznać się z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców i kryteriami oceny ofert, jednakowymi dla wszystkich oferentów, które zostały podane w ogłoszeniu postępowania konkursowego nr 11-13-000285/AOS/02/1/02.1580.001.02/1.

Każdy z oferentów biorących udział w tym postępowaniu, w tym także i Odwołujący, składał *Oświadczenie oferenta* o zapoznaniu się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania

umów, tym samym potwierdzając zapoznanie się z nimi oraz nie zgłaszając do nich zastrzeżeń, a także przyjmując je do stosowania.

Zaznaczyć należy, iż w przedmiotowym postępowaniu w stosunku do wszystkich oferentów obowiązywały te same wymagania i kryteria oceny ofert, zgodnie z którymi ocenione zostały wszystkie oferty, w tym oferta Odwołującego. W toku postępowania komisja stosowała zatem te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów, biorących udział w konkursie. Ponadto, kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od oferentów były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Ponadto mając na uwadze wskazania dla organu I instancji zawarte w decyzji Prezesa NFZ nr 2013/607/DSOZ z dnia 3 grudnia 2013r., dotyczące udostępnienia Odwołującemu się akt konkurencyjnych ofert, wskazać należy, iż pismem z dnia 11.12.2013 r. Dyrektor POW NFZ poinformował Wojewódzki Zespół Reumatologiczny im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie o możliwości zapoznania się z dokumentami postępowania, w tym dokumentami podmiotów konkurencyjnych w postępowaniu konkursowym wobec odwołującego się, przed wydaniem decyzji. Odwołujący się, do dnia wydania niniejszej decyzji nie skorzystał z możliwości zapoznania się z dokumentacją w sprawie.

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.

Z up. DYREKTORA
Z-CADYREKTORA DZIAŁ. MEDYCZNYCH
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Małgorzata Paszkowicz

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 zm.), 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.