

znak: WO/ZRP-83-JWM/D

Gdańsk, dnia 3 lutego 2014 r.

Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
ul. Dębinki 7
80-952 Gdańsk**DECYZJA nr 14/2014**
z dnia 3 lutego 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 oraz art. 142 ust. 5 pkt 1 w zw. z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. Nr 164 z 2008 r.; poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą” po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

od rozstrzygnięcia postępowania nr: 11-11-000567/LSZ/03/1/03.4450.070.02/1

w rodzaju: leczenie szpitalne**w zakresie:** położnictwo i ginekologia - hospitalizacja (wyłącznie ginekologia)**zakres terytorialny:** 2261 m. Gdańsk

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

Oddala odwołanie.

Uzasadnienie

W dniu 07.12.2010 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia – hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) na obszar m. Gdańsk, w okresie obowiązywania umowy od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania wartość zamówienia określono na kwotę nie większą niż 1.615.527,00 zł na okres rozliczeniowy od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 20 grudnia 2010 r., otwarcie nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 22 grudnia 2010 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

W postępowaniu konkursowym oferty złożyło dwóch oferentów, w tym skarżący. Skarżący złożył ofertę zarejestrowaną w systemie informatycznym Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ pod nr 11-11-000567/LSZ/03/1/03.4450.070.02/1/11/0403 w dniu 17 grudnia 2010 r, której integralną częścią było załączone oświadczenie, że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania.

Oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w Zarządzeniu Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. oraz Zarządzeniem Nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne z późn. zm.

W części jawnej komisja konkursowa zgodnie z art. 142 ust.2 pkt. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, stwierdziła prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę złożonych ofert, które spełniają warunki, o których mowa w art. 146 pkt. 3 ustawy o świadczeniach. Protokołem z posiedzenia komisji w części jawnej konkursu, komisja konkursowa przyjęła do dalszego postępowania dwie oferty, w tym ofertę skarżącego. Następnie oferta skarżącego została przekazana do dalszego toku postępowania bez uzupełnienia braków formalnych.

Skarżący został zaproszony do negocjacji i dnia 28 grudnia 2010 roku podpisał protokół końcowy z negocjacji. Skarżący został poinformowany o cenie oczekiwanej, która wynosiła

51,00 zł. Strony doszły do porozumienia, co do ilości punktów i ceny za punkt. W wyniku negocjacji ze skarżącym, skarżący podtrzymał zaproponowane warunki: cenę jednostki rozliczeniowej w wysokości 46,00 zł oraz ilość punktów – 32.610,00. W podpisany przez Strony protokole końcowym z negocjacji znajdują się uwagi, że podpisanie protokołu negocjacyjnego nie jest gwarancją wybrania oferty oraz że wynegocjowane warunki zostaną wzięte pod uwagę przy tworzeniu rankingu końcowego (...).

W rankingu końcowym konkursu ofert, oferta skarżącego uzyskała 2 miejsce z następującą punktacją – Oddział Onkologii Ginekologicznej łącznie 89,798 pkt, w tym za kryteria cenowe 29,706 pkt i za kryteria niecenowe 60,092 pkt.

Dnia 28.12.2010 r. Komisja konkursowa rozstrzygnęła postępowanie nie dokonując wyboru skarżącego, ze względu na wyczerpanie środków finansowych, które zamawiający przeznaczył na świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia - hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) na obszar m. Gdańsk, wybierając ofertę, która uzyskała pierwsze miejsce w rankingu.

W związku z powyższym, w dniu 3 stycznia 2011 r. skarżący złożył odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia - hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) na obszar m. Gdańsk, do Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Po przeprowadzeniu postępowania odwoławczego, Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w dniu 11 stycznia 2011 r. wydał decyzję nr 13/2011, oddalającą w całości odwołanie, wskazując, że oferta skarżącego nie uzyskała wystarczającej liczby punktów w ocenie oferty w rankingu, który był tworzony według kryteriów ustalonych w sposób jednolity, a wybrana oferta w przedmiotowym postępowaniu wyczerpała środki finansowe przeznaczone na świadczenia zdrowotne w/w rodzaju i zakresie, i nadał jej, na podstawie art. 108 § 1 KPA, rygor natychmiastowej wykonalności.

Od powyższej decyzji, skarżący w oparciu o art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach, złożył odwołanie do Prezesa NFZ za pośrednictwem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, w którym wniósł o uchylenie zaskarżonej decyzji Dyrektora Pomorskiego OW NFZ.

W odwołaniu skarżący podniósł, iż:

1. W toku przedmiotowego postępowania zostały naruszone przepisy art. 134 i art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach

2. Wskazał, iż cyt. „poprzez działanie komisji konkursowej łamiącej zasady przeprowadzania postępowania, doznał uszczerbku i nie może zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”
3. Wskazanie obszarów, dla których ogłoszono postępowanie, wyklucza konkurencję i jest sprzeczne z przepisami ustawy o świadczeniach.

Skarżący wniósł o uchylenie decyzji i ponowne przeprowadzenie postępowania przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia - hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) na obszar m. Gdańsk.

Po rozpatrzeniu odwołania, Prezes Funduszu utrzymał w mocy decyzję organu I instancji. Organ wyjaśnił, że komisja konkursowa stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec oferentów biorących udział w postępowaniu. W ocenie organu odwoławczego, komisja konkursowa stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Oferta skarżącego została przyjęta w całości do części niejawnego postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych kryteriów, które jak wskazano były jednakowe dla wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Prezes NFZ podał, że w przedmiotowym postępowaniu konkursowym złożono ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową niż oferta skarżącego i jako najkorzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy. Ponadto Prezes NFZ wskazał, że skarżący w rankingu końcowym uzyskał łącznie 89,798 pkt, a wybrana oferta w przedmiotowym postępowaniu konkursowym uzyskała 98,132 pkt i wyczerpała wartość zamówienia przeznaczoną na to postępowanie. W prowadzonym postępowaniu uwzględniono w kwocie zamówienia ilość świadczeń przewidzianą na zabezpieczenie świadczeń realizowanych przez świadczeniodawcę posiadającego miejsce ich udzielania na terenie m. Gdańsk. W konsekwencji, wybrana została do zawarcia umowy oferta, która zapewnia ciągłość udzielania świadczeń, jakość, dostępność oraz przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

Organ odwoławczy odnosząc się do zarzutu, iż wskazanie obszarów, dla których ogłoszono postępowanie, wyklucza konkurencję i jest sprzeczne z przepisami ustawy, stwierdził, iż do konkursu przystąpiło dwóch oferentów, co umożliwia konkurencję pomiędzy dwoma świadczeniodawcami. Podczas negocjacji doszło do obniżenia ceny za punkt przez pierwszego z oferentów, co potwierdza możliwość konkurowania ze sobą świadczeniodawców. Gdyby skarżący obniżył cenę za punkt do ceny, przy której można uzyskać maksymalną liczbę punktów w kryterium cenowym, to i tak nie uległaby zmianie jego pozycja w rankingu

końcowym, albowiem pierwszy oferent uzyskał wyższą liczbę punktów w kryteriach pozacenowych. W ocenie organu odwoławczego, brak jest podstaw do zgłaszania roszczeń przez skarżącego w kwestii proponowanej ceny za świadczenia, z uwagi na fakt, iż w załączniku nr 2 do zarządzenia 73/2009 ze zm. wyraźnie zostały zdefiniowane zasady określenia ceny oczekiwanej przez Fundusz oraz skutek porównania ceny oferenta podanej w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej podanej przez Fundusz. W przedmiotowym postępowaniu, zarówno skarżący jak też drugi oferent zaproponowali tę samą cenę za świadczenia, która była niższa od ceny oczekiwanej Funduszu.

Organ odwoławczy analizując ponownie sprawę stwierdził, że w przedmiotowym postępowaniu nie stwierdzono naruszenia zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ zaznaczył także, że w odwołaniu nie wskazano żadnego konkretnego naruszenia przez komisję konkursową interesu prawnego skarżącego.

Następnie skarżący złożył skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie zarzucając decyzji Prezesa NFZ naruszenie następujących przepisów prawa, tj. art. 138 § 1 pkt. 2 KPA w związku z art. 134, 142 i 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegające na utrzymaniu w mocy decyzji Dyrektora Pomorskiego OW NFZ, który oddalił odwołanie skarżącego na rozstrzygnięcie postępowania konkursowego i niewybranie przez Komisję Konkursową przy Pomorskim OW NFZ oferty złożonej przez skarżącego w postępowaniu konkursowym nr 11-11-000567/LSZ/03/1/03.4450.070.02/1 na świadczenie opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie położnictwo i ginekologia - hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) na obszar m. Gdańsk.

Wyrokiem z dnia 3 lutego 2012 r. sygn. akt VI SA/Wa 1761/11 WSA w Warszawie uchylił obydwie decyzje uznając, iż skarga złożona przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku podlega uwzględnieniu, z uwagi na trafność zarzutów dotyczących naruszenia przepisów postępowania w stopniu mogącym mieć istotny wpływ na wynik rozstrzygnięcia.

Zdaniem WSA, w trakcie postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek oferenta (z chwilą złożenia przez niego odwołania), organ jest zobowiązany wyjaśnić i uzasadnić dlaczego jeden z oferentów otrzymał podaną przez komisję konkursową ilość punktów. Dla wykazania i uzasadnienia prawidłowego rozstrzygnięcia konkursu konieczne jest, zdaniem Sądu, przeprowadzenie analizy porównawczej oferty skarżącej w relacji do oferty podmiotu, który konkurs wygrał i przedstawienie tej analizy w uzasadnieniu decyzji co do każdego

z kryteriów ocen. Jednocześnie Sąd wskazuje, iż pozbawienie skarżącego możliwości wglądu do oferty podmiotu, który wygrał przedmiotowy konkurs świadczy o tym, że postępowanie w ramach konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2015 r. w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ginekologia – hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) na terenie miasta Gdańsk o kodzie postępowania 11-11-000567/LSZ/03/1/03.4450.070.02/1 zostało prowadzone z naruszeniem zasady, wynikającej z art. 134 ustawy o świadczeniach tj. poszanowania zasad równego traktowania świadczeniodawców.

Zdaniem Sądu, w postępowaniu zainicjowanym odwołaniem od konkursu ofert, dla wykazania i uzasadnienia prawidłowego rozstrzygnięcia konkursu końcowego niezbędnym było przeprowadzenie analizy porównawczej oferty skarżącego w relacji do oferty podmiotu, który konkurs wygrał i przedstawienie tej analizy w uzasadnieniu obu decyzji co do każdego z kryteriów ocen. Braki w powyższym zakresie świadczą o naruszeniu przez organy art. 77 § 1 i 107 § 3 w związku z art. 80 KPA w stopniu mogącym mieć istotny wpływ na wynik sprawy.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego zawartymi w wyroku z dnia 03.02.2012 r. pismem z 16 grudnia 2013 r., powołując się na art. 36 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267) przedłużył termin wydania decyzji administracyjnej do dnia 03 lutego 2014 r., a następnie poinformował skarżącego, o możliwości zapoznania się z dokumentami w sprawie w terminie od 15.01.2014 r. do 17.01.2014 r. Skarżący nie skorzystał z prawa do zapoznania się z dokumentacją postępowania i co za tym idzie nie wniósł uwag.

Kierując się wskazaniem zawartymi w decyzji z dnia 03 lutego 2012 r. sygn. akt VI SA/Wa 11761/11 WSA w Warszawie Dyrektor Pomorskiego OW NFZ ustalił i zważył co następuje:

Odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.

Odwołujący się w treści odwołania wskazał na naruszenie interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy. Przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach 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, iż jedynie naruszenie przez Fundusz zasad postępowania stanowi podstawę 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.

W wyroku z dnia 03 lutego 2012 r. (sygn. akt: SA/Wa 1761/11), 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.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interes prawnego świadczeniodawcy, którego oferta

nie została wybrana, a więc jest wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.

Dokonując zatem porównania ofert, w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego przez oferenta odwołaniem, należy wskazać co następuje.

Prezes Funduszu przy określeniu kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców działał na podstawie art. 146 ust.1 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Podkreślić należy, iż zarządzenie Prezesa Funduszu, 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, zgodnie z wyrokiem NSA z dnia 24 lutego 2011r., sygn. Akt II GSK 262/10.

Kryteria oceny ofert i zasady prowadzenia konkursu były jawne i znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert, i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Odwołujący się, w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów. Do obowiązków Odwołującego się należało zatem zapoznanie się ze wskazanymi w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania przepisami. Należy mieć na względzie, że wszelkie uwagi dotyczące warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz kryteriów oceny ofert mogą być zgłaszane na etapie konsultacji projektu takich warunków, natomiast ustalone przez Prezesa Funduszu są wiążące w danym postępowaniu, zgodnie z wyrokiem WSA w Warszawie z dnia 23 stycznia 2007r., sygn. Akt VII SA/Wa 950/06.

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 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 11-11-000567/LSZ/03/1/03.4450.070.02/1 złożono łącznie 2 oferty na 2 miejsca udzielania świadczeń. Każda z ofert (także skarżącego) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą ilość punktów. Kryteria oceny ofert dla postępowania konkursowego w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie określone zostały w § 1 pkt. 1 Zarządzenia 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

„Oceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów:

1) **jakość** - oceniana w szczególności poprzez:

- a) kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
- b) wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
- c) zewnętrzną ocenę jakości,
- d) wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) **kompleksowość** - oceniana w szczególności poprzez:

- a) możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
- b) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
- c) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
- d) wymagania formalne;

3) **dostępność** - oceniana w szczególności poprzez:

- a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
- b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
- c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;

4) **ciągłość** - oceniana w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,

5) **cena** - oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.”

Szczegółowe parametry kryteriów oceny, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, oraz wagi poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne rodzaje lub zakresy świadczeń opieki zdrowotnej określa załącznik nr 1 do w/w zarządzenia. W przedmiotowym postępowaniu zgodnie z obowiązującym zarządzeniem dotyczącym kryteriów oceny ofert ocenie nie podlegało kryterium „pozostałe” dla wszystkich ubiegających się o zawarcie umowy

o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ginekologia – hospitalizacja (wyłącznie ginekologia) na terenie miasta Gdańsk. Ocena ofert opierała się na odpowiedziach udzielonych przez oferentów w ankietach złożonych w postępowaniu konkursowym. Poniżej ocena oferty wybranej oraz skarżącego.

Tabela nr 1 – ocena w kategorii JAKOŚĆ.

	JAKOŚĆ								
	PERSONEL	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA			WYBRANE PARAMETRY ARCHITEKTONICZNE I		ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI		WYNIKI KONTROLI
Nazwa Oferenta	Czy oferent zapewnia realizację świadczeń przez pielęgniarki w liczbie wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz 1314)?	Czy oferent zapewnia laparoskop w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia histeroskop diagnostyczny no- operacyjny- w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia aparat USG z opcją kolorowego Dopplera - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?	Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łózek?	Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	
MAX. pkt.	20,0000	5,0000	5,0000	5,0000	2,5000	2,5000	2,5000	2,5000	0,0000
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SWISSMED Centrum Zdrowia	20,0000	5,0000	5,0000	5,0000	2,5000	2,5000	0,0000	2,5000	0,0000
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	20,0000	5,0000	5,0000	5,0000	0,0000	2,5000	0,0000	0,0000	0,0000

Tabela nr 2 – ocena w kategorii CIĄGŁOŚĆ

Nazwa Oferenta	DOSTĘPNOŚĆ			KOMPLEKSOWOŚĆ								
	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO			MOŻLIWOŚĆ KOMPL. REAL. ŚW. W DANYM ZAKR., UWZGL. WSZYSTKIE ETAPY I ELEM. PROC. REAL.						WYMAGANIA FORMALNE		
	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczenia biorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorządowej (WRTK) w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań NMR - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji?	Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczerpów - w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?	Czy oferent posiada oddział anestezjologii i intensywnej terapii wpisany w RZOZ: część VIII kodu resortowego o: 4260 lub Oddział intensywnej terapii, wpisany w RZOZ: część VIII kodu resortowego o: 4264?	Czy oferent posiada Aptekę szpitalną / zakładową, wpisaną w RZOZ: część VIII kodu resortowego o: 4920?	Czy oferent posiada pracownię edoskopii - wpisaną w RZOZ: część VIII kodu resortowego o: 7910?
MAX. pkt.	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SWISSMED Centrum Zdrowia	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667	0,0000	1,6667	0,0000	1,6667	1,6667	1,6667
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	1,6667	1,6667	1,6667	0,0000	0,0000	1,6667	0,0000	0,0000	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667

W przedmiotowym postępowaniu do zawarcia umowy została wybrana oferta, która spełniała stawiane wymagania, w kolejności wynikającej z rankingu końcowego, która wyczerpała środki finansowe, które Zamawiający przeznaczył na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem zamówienia.

W odniesieniu się do zarzutów skarżącego dotyczących naruszenia art. 142 ust. 5 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się, pomimo, iż „zapewniała” ona ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz art. 148 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielanych świadczeń, stwierdzić należy, co następuje:

Analiza treści Zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Funduszu, w oparciu o które oferty złożone do przedmiotowego postępowania zostały ocenione, dowodzi, iż oferta mogła uzyskać:

- w kryterium **jakości** – razem maksymalnie 45,000 punktów:
 - za personel – maksymalnie 20,000 punktów;
 - za pozostałe elementy – maksymalnie 25,000 punktów;
- w kryterium **ciągłość** – razem maksymalnie 10,3712 punktów:
 - za warunki wymagane – personel lekarze – maksymalnie 0,7408 punktów;
 - za warunki wymagane – sprzęt i aparatura medyczna – maksymalnie 1,1112 punktów
 - za warunki wymagane - warunki lokalizacyjne – maksymalnie 0,3740 punktów
 - za warunki wymagane - organizacja udzielania świadczeń – maksymalnie 1,1112 punktów;
 - za warunki wymagane - dostęp/zapewnienie realizacji badań diagnostycznych – maksymalnie 3,7040 punktów;
 - za warunki wymagane – wymagania formalne – maksymalnie 3,3336 punktów
- w kryterium **dostępność** – razem maksymalnie 5 punktów,
- w kryterium **kompleksowość** – razem maksymalnie 15 punktów
- w kryterium **ceny** – maksymalnie 30,000 punktów.

Powyższe oznacza, że w toku przedmiotowego postępowania każda z ofert mogła uzyskać maksymalnie 105,3716 punktów, w tym 30,000 punktów za cenę oraz łącznie 75,3716 punktów za kryteria niecenowe.

Analiza oferty złożonej przez Odwołującego do przedmiotowego postępowania wykazuje, iż nie uzyskał on maksymalnej możliwej do zdobycia liczby punktów ponieważ:

- w kryterium jakości:
 - Odwołujący nie zapewnił w każdym oddziale co najmniej jednego pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub izolatki w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 2,500 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent zapewnił w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę;
 - Odwołujący nie posiadał certyfikatu Centrum Monitorowania Jakości, ważnego w dniu zawarcia umowy - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 2,5000 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent posiadał certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy;

- Odwołujący nie posiadał certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych, ważnego w dniu zawarcia umowy – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 2,500 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent posiadał certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy.
- w kryterium ciągłość:
 - Odwołujący nie zapewnił, iż w strukturze organizacyjnej świadczeniodawcy, w tej samej lokalizacji znajduje się kilka oddziałów szpitalnych oznaczonych tymi samymi kodami części VIII resortowych kodów identyfikacyjnych i co najmniej jeden z nich spełnia warunki określone dla miejsca udzielania świadczeń i dla lokalizacji w przypadku pozostałych oddziałów – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 0,3704 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy na potrzeby leczenia w trybie jednodniowym, oddział szpitalny posiada wpis w RZOZ, w dziale III, rubryka 7, część IX kodu resortowego: leczenie "jednego dnia" oraz w dziale III, rubryka 12: miejsca dzienne? - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 0,3704 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy specjalność komórki organizacyjnej jest zgodna z zakresem kontraktowanym w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 0,3704 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK.
- w kryterium kompleksowość:
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorzędowej (WRTK) w lokalizacji? - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 1,6667 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii i/ lub cyfrowej angiografii subtrakcyjnej (DSA) w lokalizacji? - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 1,6667 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;
 - Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy oferent zapewnia realizację badań NMR - w lokalizacji? - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 1,6667 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;

- Odwołujący udzielił odpowiedzi NIE na pytanie: Czy oferent zapewnia realizację badań TK - w lokalizacji? - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 1,6667 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent udzielił odpowiedzi TAK;
- w kryterium ceny:
 - Odwołujący zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapia domowa w wysokości 46,00 zł – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 30,000 pkt. za kryterium ceny, które mogła uzyskać, gdyby oferent zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej w wysokości nie wyższej niż wysokość ceny minimalnej (45,90 zł), ustalonej zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Funduszu.

Oferta złożona do postępowania 11-11-000567/LSZ/03/1/03.4450.070.02/1 przez Odwołującego uzyskała łącznie 89,798 punktów. Na tę ocenę składały się następujące czynniki:

- w kryterium jakości:
 - Odwołujący nie udzielił odpowiedzi „TAK” na 3 pytania zawarte w ankiecie dotyczące kryterium JAKOŚĆ – w związku z czym jego oferta była niższa od max ilości punktów możliwych do uzyskania o 7,500 pkt;
 - W parametrze dotyczącym wyników kontroli, Odwołujący uzyskał 0,000 pkt., przy czym wskazać należy, iż w parametrze tym można było otrzymać punkty ujemne.
- w kryterium ciągłość:
 - Odwołujący nie udzielił odpowiedzi „TAK” na 3 pytania zawarte w ankiecie dotyczące kryterium CIAĞŁOŚĆ – w związku z czym jego oferta była niższa od max ilości punktów możliwych do uzyskania o 1,1112 pkt;
- w kryterium kompleksowość:
 - Odwołujący nie udzielił odpowiedzi „TAK” na 4 pytania zawarte w ankiecie dotyczące kryterium KOMPLEKSOWOŚĆ – w związku z czym jego oferta była niższa od max ilości punktów możliwych do uzyskania o 6,6668 pkt;
- w kryterium ceny – ofercie Odwołującego przyznano 29,706 pkt. na 30,000 pkt. możliwych do uzyskania w tym kryterium, gdyż Odwołujący zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju w wysokości 46,00 zł, która to cena była

wyższa od ceny minimalnej ustalonej zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Funduszu.

W tej kwestii wskazać należy, iż w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ wyraźnie zostały zdefiniowane zasady określenia ceny oczekiwanej przez Fundusz oraz skutek porównania ceny oferenta podanej w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej podanej przez Fundusz. W tym miejscu przypomnieć także należy, iż ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wskazana powyżej punktacja przyznana ofercie skarżącego nie była wystarczająca, aby została ona wybrana w toku przedmiotowego postępowania, ponieważ komisja konkursowa podczas postępowania nr 11-11-000567/LSZ/03/1/03.4450.070.02/1 dokonała wyboru oferty podmiotu, który w rankingu końcowym uzyskał 98,132 pkt. Komisja konkursowa dokonała wyboru oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, która wyczerpała wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta skarżącego zajęła w rankingu końcowym drugą pozycję uzyskując 89,798 punktów, co oznacza, iż jego oferta nie mogła zostać wybrana podczas przedmiotowego postępowania.

Analiza w zakresie oceny ofert wszystkich oferentów wybranych do zawarcia umów w rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania:

Nazwa Oferenta	Punkty razem za kryteria niecenowe	Punkty za CENĘ	RAZEM
MAX. pkt.	75,3716	30,0000	105,3716
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SWISSMED Centrum Zdrowia	68,4270	29,7060	98,1330
UNIWERSYTECKIE CENTRUM KLINICZNE	60,0936	29,7060	89,7996

Podsumowując:

Przeprowadzona analiza dowodzi, że w toku postępowania konkursowego dokonano prawidłowej oceny ofert wybranych jak również oferty skarżącego oraz prawidłowo porównano oferty w zakresie jakości, kompleksowości, ciągłości, dostępności i ceny.

Mając na uwadze powyższe, zarzuty skarżącego nie zasługują na uwzględnienie. Pomorski OW NFZ zakupił świadczenia o oferowanej wyższej jakości, a także przy zdecydowanie niższej cenie niż zaoferowana przez skarżącego, zwiększając jednocześnie tym samym dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych.

W trakcie przedmiotowego postępowania konkursowego wybrany oferent przedstawił ofertę, która uzyskała wyższą łączną liczbę punktów niż oferta skarżącego.

W odniesieniu do zarzutu, iż komisja konkursowa nie brała pod uwagę jakości usług, zasobów technicznych i osobowych oferenta, organ stwierdził, iż te właśnie elementy oceniane są w kryterium jakości, w których skarżący uzyskał 37,500 punktu na maksymalnie możliwych 45 punktów.

Podkreślić należy, iż postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Konkurs ofert nie stanowi, zatem gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani nie jest też gwarancją jej zawarcia, a trybem wyboru oferentów celem zawarcia umów w poszczególnych zakresach i rodzajach świadczeń.

Wobec powyższego i ten zarzut Odwołującego należy uznać za nietrafny.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego się o naruszeniu art.134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz nieprowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, stwierdzić należy że, dokonano zindywidualizowanej oceny każdej z ocenianych ofert, co szczegółowo przedstawia powyższa tabela oraz szczegółowa analiza oceny poszczególnych ofert. Podkreślenia wymaga fakt, że Komisja konkursowa w oparciu o materiały konkursowe i zgodnie z Zarządzeniem Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów. Ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów. Z treści tabeli i analizy jednoznacznie wynika jaką liczbę punktów uzyskał każdy z oferentów w poszczególnych kategoriach oceny ofert w przedmiotowym postępowaniu.

Podkreślenia wymaga fakt, iż pomimo wezwania skarżącego do zapoznania się z dokumentami w sprawie w siedzibie POW NFZ w terminie do dnia 17.01.2014r. (przed

wydaniem decyzji w sprawie), na podst. art. 10 § 1 kpa, nie skorzystał on z przysługującego mu prawa.

Wobec powyższego wskazać należy, iż skarżący nie wykazał, aby Pomorski Oddział Wojewódzki Funduszu przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub zarządzeń wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad, takich jak równe traktowanie świadczeniodawców oraz niezmiennosc warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania.

Świadczenia w przedmiotowym zakresie zostały zabezpieczone. W niniejszym postępowaniu zaplanowana ilość świadczeń to: 31.677 pkt. a ilość zakupiona 35.120 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.

Pouczenie

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 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.

D Y R E K T O R
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk