

WO/ZRP – 348/DML – D

Gdańsk, dnia 5 czerwca 2014 r.

Geneva Trust Polska Sp. z o.o.
ul. Franciszka Schuberta 104
80-172 Gdańsk
reprezentowana przez
adw. Przemysława Trzeciaka
ul. Świętojańska 55/10
81-391 Gdynia

DECYZJA nr 35/2014**z dnia 5 czerwca 2014 r.****Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 2 i 3 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. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jednolity Dz.U. z 2013r poz. 267) – po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Geneva Trust Polska Sp. z o.o., ul. Schuberta 104, 80-172 Gdańsk

dotyczącego rozstrzygnięcia z dnia 14.05.2014 r.

postępowania: **11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01**

w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne

w zakresie: program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej

na obszar: powiaty - bytowski, chojnicki, człuchowski, gdański, kartuski, kościerski, kwidzyński, lęborski, malborski, nowodworski, pucki, słupski, starogardzki, tczewski, wejherowski, sztumski, m. Słupsk.

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

Uzasadnienie

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił w dniu 03.03.2014 r. konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 01.07.2014 r. do 30.06.2017 r. w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej na obszar: powiaty - bytowski, chojnicki, człuchowski, gdański, kartuski, kościerski, kwidzyński, lęborski, malborski, nowodworski, pucki, słupski, starogardzki, tczewski, wejherowski, sztumski, m. Słupsk. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 1.152.387,00 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2014 r. do 31.12.2014 r.

W ogłoszeniu wskazano, na podstawie których przepisów prawa zostało ogłoszone i prowadzone przedmiotowe postępowanie oraz przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęło w terminie 5 ofert. Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 3.493.071,00 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 1.152.387,00 zł.

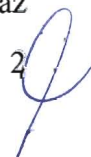
Wszystkie oferty zostały sprawdzone pod względem spełniania warunków formalnych. Komisja konkursowa wezwała do uzupełnienia braków formalno-prawnych 2 oferentów. Oferenci uzupełnili braki formalne w wyznaczonym terminie w dniu 26 marca 2014 r.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu kontroli u wszystkich oferentów, którzy złożyli oferty na ww. postępowanie. Przed rozpoczęciem kontroli Komisja konkursowa wystosowała pismo do oferentów, w którym poprosiła o udostępnienie wszystkich mammoBUSów zadeklarowanych w ofercie do realizacji świadczeń od dnia 1 lipca 2014 r. na terenie wskazanym w ogłoszeniu postępowania. Część oferentów ograniczyła liczbę mammoBUSów wykazanych w ofercie, które będą udzielały świadczeń na obszarze ogłoszonego postępowania. Trzech oferentów poprosiło o uznanie protokołów kontroli z innych oddziałów NFZ, które w tym czasie prowadziły postępowania konkursowe w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Komisja konkursowa wystosowała do oferentów pismo, w którym poprosiła o przedstawienie protokołów z kontroli z innych oddziałów NFZ oraz wyraziła zgodę na ograniczenie ilości mammoBUSów do takiej, która została skontrolowana i w przypadku podpisania umów będzie uprawniona do realizacji świadczeń na terenie wskazanym w ogłoszeniu postępowania. W związku z powyższym odstąpiono od procedury konkursowej w części dotyczącej kontroli oferentów i uznanie wyników kontroli przeprowadzonych przez inne oddziały NFZ.

Przeprowadzone kontrole we wszystkich przypadkach potwierdziły zgodność złożonych ofert ze stanem faktycznym.

Do części niejawniej postępowania zakwalifikowano 5 ofert. Wszystkie miejsca udzielania świadczeń przyjęte do dalszego toku postępowania spełniały wymagania, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1505) oraz

2



w Zarządzeniu Nr 81/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Komisja konkursowa w oparciu o art. 142 ust 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych podjęła decyzję o rozstrzygnięciu postępowania bez przeprowadzenia negocjacji. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, wybrano 1 oferenta (1 miejsce udzielania świadczeń). Odwołującego się nie wybrano.

Na podstawie art. 151 ust. 1 ustawy o świadczeniach w dniu 14.05.2014 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, w którym wybrano podmiot LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.

Komisja dokonała wyboru oferenta, który uzyskał najwyższą ocenę oferty za kryteria cenowe i niecenowe, a złożona przez niego oferta wyczerpała określone w ogłoszeniu środki finansowe przeznaczone przez zamawiającego w przedmiotowym postępowaniu. Oferta Odwołującego nie została wybrana. W niniejszym postępowaniu zaplanowana ilość świadczeń to 128.043 pkt., a ilość zakupiona 142.270 pkt., co stanowi 111,11 % ilości punktów określonych w ogłoszeniu. Świadczenia w tym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

W dniu 21.05.2014 r. do Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło odwołanie złożone przez podmiot Geneva Trust Polska Sp. z o.o., ul. Schuberta 104, 80-172 Gdańsk od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

W odwołaniu zarzucono:

1. naruszenie art. 142 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzeprowadzenie przez komisję konkursową negocjacji z co najmniej 2 oferentami, pomimo iż w konkursie brało udział pięciu oferentów;
2. błędne ustalenie punktacji za poszczególne pytania znajdujące się w ankiecie ofertowej skutkujące nieprawidłowym wyborem oferenta;
3. bezpodstawne ustalenie rozbieżności w danych wskazanych w ofercie w sytuacji, gdy takie rozbieżności nie istniały, co w ocenie skarżącego skutkowało błędnym przyznaniem punktów poszczególnym oferentom;
4. posługiwanie się przez komisję konkursową w toku postępowania formularzami, których pochodzenie nie jest skarżącemu znane;
5. naruszenie art. 147 w/w ustawy poprzez zmianę kryteriów oceny ofert w toku postępowania konkursowego.
6. naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach dotyczącego zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji; w szczególności zaś:

- stosowanie przy ocenie ofert kryterium „ciągłość” co uznać należy za niedopuszczalne w świetle decyzji Prezesa UOKiK z 9 lipca 2009
- okazanie ofert pozostałych oferentów z uwzględnieniem zastrzeżonej „tajemnicy przedsiębiorstwa” oferenta.

7. brak potencjału wykonawczego u oferenta wybranego w rozstrzygniętym postępowaniu, przeznaczonego do realizacji umowy w zakresie będącym przedmiotem tego postępowania na terenie woj. pomorskiego.

Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z Odwołującym postępowania w przedmiocie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w trybie rokowań.

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.

Odwołujący skorzystał z uprawnienia oraz wniósł dodatkowe oświadczenia, podnosząc w nich wyżej wymienione zarzuty.

Dyrektor Oddziału, Postanowieniem nr 1/ZRP, postanowił włączyć do akt sprawy administracyjnej wewnętrzne zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące procedury konkursowej, wszelką korespondencję dotyczącą postępowania konkursowego pomiędzy komisją konkursową, Dyrektorem Pomorskiego OW NFZ a Prezesem NFZ i Centralą NFZ, oraz ekspertami i innymi podmiotami, protokoły ze spotkań członków komisji konkursowej zorganizowanymi w czasie trwania postępowania konkursowego przez Prezesa NFZ, jego zastępców oraz pracowników centrali NFZ i okazać je stronom 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.

Rozpatrując przedmiotowe odwołanie należało zauważyć, co następuje:

Zgodnie z art. 154 ust. 3 ustawy Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatruje odwołanie w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania wydaje decyzję administracyjną w tej sprawie. Odwołanie, stosownie do art. 152 ust. 1 oraz art. 154 ust. 1 ustawy, przysługuje świadczeniodawcy, biorącemu udział w postępowaniu, jeżeli jego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazać przy tym należy, że postępowanie zainicjowane wniesionym odwołaniem jest postępowaniem kontrolnym w stosunku do postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i służy ono, co do zasady, weryfikacji zaskarżonego rozstrzygnięcia, umożliwiając jego wzruszenie.

Zasadniczym celem organu rozpatrującego odwołanie, jest zbadanie

czy rozstrzygnięcie postępowania, dokonane przez komisję, zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania a okoliczności podniesione w odwołaniu miały wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z wybranymi podmiotami. Organ rozpoznający sprawę nie przeprowadza ponownie postępowania, ale w oparciu o akta sprawy bada czy faktycznie doszło do naruszenia zasad postępowania przy dokonaniu rozstrzygnięcia postępowania i czy w związku z tym interes prawny odwołującego się doznał naruszenia.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania konkursowego nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez Geneva Trust Polska Sp. z o.o., ul. Schuberta 104, 80-172 Gdańsk odwołaniem do organu I instancji, należy ponadto wskazać, iż:

- 1) oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana zgodnie z kryteriami określonymi w art. 146 ust.1 pkt 2 i wymienionymi w art. 148 ustawy o świadczeniach oraz w zarządzeniu nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014r w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.;
- 2) na podstawie ankiet wypełnionych przez oferentów w ofercie, komisja konkursowa dokonała analizy porównawczej ofert biorących udział w postępowaniu konkursowym obejmujących jakość, dostępność, ciągłość oraz cenę i dokonała ich oceny punktowej; nadmienić należy, iż ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów;
- 3) wartość punktowa w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonych przez oferentów odpowiedzi i ustalonej według zarządzenia nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.;
- 4) kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania;
- 5) wszyscy oferenci, w tym odwołujący się w oświadczeniu (złożonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r.), załączonym do oferty oświadczyli, iż zapoznali się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłosili do nich zastrzeżeń oraz przyjęli je do stosowania.

Ocena ofert wybranych i odwołującego się przedstawiała się następująco:

Zestawienie punktacji wybranych Ofert w postępowaniu nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01			OFERTY NIE WYBRANE
KATEGORIA	Pytanie	Pkt. MAX	LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.
	CENA	20,0000	Informacja zastrzeżona
CIĄGŁOŚĆ	1.1.1.1	5,0000	5,000
	1.2.1.1	18,0000	Informacja zastrzeżona
	1.2.1.2	18,0000	Informacja zastrzeżona
	1.2.2.1	9,0000	Informacja zastrzeżona
JAKOŚĆ	1.6.1.1	1,6667	1,6667
	1.6.1.2	3,3333	3,333
DOSTĘPNOŚĆ	od 1.3.1.1 do 1.3.6.2	0,0000	0,000
	1.4.1.1	4,0000	4,0000
	1.4.1.2	1,0000	0,0000
PUNKTY ŁĄCZNE		80,000	79,000
			59,333

Odnosząc się do zarzutów wskazanych w odwołaniu wskazać należy, co następuje:

1. Komisja konkursowa dokonała oceny ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet. Ranking otwarcia powstał przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny. Ranking sporządzany jest dla każdego miejsca udzielania świadczeń wskazanego w danej ofercie oddzielnie.

W postępowaniu nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 komisja konkursowa zdecydowała o nie przeprowadzeniu negocjacji, gdyż w wybrany Oferent uzyskał najwyższą ocenę zarówno w kategorii kryteriów niecenowych jak i cenowych oraz złożył ofertę wyczerpującą wartość zamówienia. Dodatkowo komisja konkursowa dokonała analizy ofert w zakresie liczby oferowanych świadczeń w oparciu o dane dotyczące zadeklarowanego potencjału oraz wykonania świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych.

W związku z powyższym komisja konkursowa, w oparciu o art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach w części niejawnego konkursu ofert podjęła decyzję o rozstrzygnięciu postępowania bez przeprowadzenia negocjacji. Wybrana oferta zapewnia ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, kompleksowość i ich dostępność oraz przedstawia najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Odnosząc się do zarzutu nie zaproszenia oferenta do negocjacji wskazać należy, iż w przedmiotowym postępowaniu Komisja Konkursowa, w oparciu o art. 142 ust. 5 pkt 1 podjęła decyzję o nie prowadzeniu negocjacji z żadnym z oferentów. Oferta podmiotu konkurencyjnego dla Odwołującego się wyczerpała całkowitą wartość zamówienia wskazaną w ogłoszeniu o przeprowadzeniu postępowania. Podkreślić przy tym należy, iż zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach komisja w części niejawnego konkursu ofert **może** przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby i ceny planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższy zapis nie obliguje zatem komisji konkursowej do przeprowadzenia negocjacji z oferentami, w każdym przypadku. Wręcz odwrotnie, **nadaje jej takie uprawnienie.**

2. Odnosząc się do zarzutu błędnego ustalenia punktacji za poszczególne pytania znajdujące się w ankiecie ofertowej nadmienić należy, że ocena ofert została dokonana zgodnie z kryteriami określonymi w art. 146 ust.1 pkt 2 i wymienionymi w art. 148 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w zarządzeniu nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. Jednocześnie wszyscy oferenci, w tym Odwołujący się



w oświadczeniu (złożonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r.), załączonym do oferty oświadczyli, iż zapoznali się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłosili do nich zastrzeżeń oraz przyjęli je do stosowania. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Komisja konkursowa oceniła wszystkich oferentów 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.

3. Odnosząc się do zarzutu dotyczącego bezpodstawnego ustalenia rozbieżności w danych wskazanych w ofercie stwierdzić należy, że zarówno Odwołujący, jak i podmiot wybrany w postępowaniu nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, w złożonych oświadczeniach do swoich ofert zobowiązali się do przedstawienia w ofercie danych zgodnych ze stanem prawnym i faktycznym. Konsekwencją składania fałszywych oświadczeń będzie ponoszenie przez świadczeniodawców odpowiedzialności z tego tytułu, tj. rozwiązywanie umów po przeprowadzonych ewentualnych kontrolach realizacji tychże umów. Komisja konkursowa w trakcie trwania postępowania dokonała weryfikacji odpowiedzi zawartych w ankiecie w złożonym formularzu ofertowym z danymi zawartymi w ofercie i zgodnie z uprawnieniem wynikającym z § 6 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15.12.2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz.U. 2004, Nr 237, poz. 2719), żądała od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy wyjaśnień dotyczących rozbieżności udzielonych odpowiedzi w ankiecie z danymi zawartymi w ofercie. Komisja konkursowa dnia 04.04.2014 r. wezwała pisemnie Oferenta Geneva Trust Polska Sp. z o.o. do wyjaśnienia rozbieżności danych wykazanych w ofercie. Na podstawie uzyskanych wyjaśnień dotyczących odpowiedzi na pytania ankietowe w punkcie: 1.2.1.2. oraz 1.6.1.1. komisja konkursowa nie uznała wyjaśnień oferenta i w konsekwencji nie przyznała części dodatkowych punktów w ocenie oferty w kategorii jakość.

W przypadku pytania ankietowego nr 1.2.1.2. *Czy świadczeń udziela lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej?*, komisja konkursowa nie przyznała dodatkowej punktacji ofercie, gdyż w formularzu ofertowym wykazany został m.in. lekarz z 1 stopniem specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. W tym przypadku oferent może otrzymać dodatkowe punkty w ocenie oferty pod warunkiem, że wszyscy lekarze zadeklarowani w ofercie są specjalistami w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej.

Błędnym jest stwierdzenie, że udzielenie odpowiedzi twierdzącej na ww. pytanie jest możliwe w przypadku wykazania w ofercie chociażby jednego lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej z uwagi na użycie w pytaniu ankietowym liczby pojedynczej. W tym miejscu nadmienić należy, że pytania ankietowe odnoszą się do warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz ustalonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy przede wszystkim zwrócić uwagę na fakt, że warunki wymagane wobec świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w identyczny sposób zostały zdefiniowane także w rozporządzeniu MZ o świadczeniach gwarantowanych. Warunkiem wymaganym jest by świadczeniodawca zatrudniał co najmniej jednego lekarza specjalistę z dziedziny radiologii i diagnostyki obrazowej – opisywanie bowiem zdjęć uzyskanych w trakcie badania obrazowego powinno być opisane przez dwóch lekarzy specjalistów przy czym właśnie jeden z nich musi posiadać specjalizację w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Przyjmując za słuszną, aczkolwiek wyłącznie hipotetycznie, wykładnię dokonaną przez oferenta, iż użycie tzw. liczby pojedynczej przy określaniu wymagań dodatkowo ocenianych powoduje, że dla uzyskania większej liczby punktów wystarczy posiadanie wyłącznie jednego lekarza o wspomnianej specjalizacji, prowadziłoby do sytuacji w której warunkiem jednocześnie koniecznym i rankingującym jest posiadanie wyłącznie jednego specjalisty. Wypaczałoby to zupełnie ranking a więc intencję ustawodawcy. Prezes, który jest upoważniony do określania m.in. kryteriów oceny ofert, potwierdził prawidłowość oceny Komisji dokonując autentycznej wykładni zapisu w **Ankiecie**. Pismo Centrali w tej sprawie zostało włączone do akt postępowania administracyjnego w niniejszej sprawie i okazane oferentowi w dniu 30 maja 2014 r., zatem zarzut odnośnie wadliwej i sprzecznej z logiką interpretacji jest w tym miejscu bezzasadny.

W odniesieniu natomiast do pytania ankietowego nr 1.6.1.1. *Czy oferent posiada certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy wskazać należy, że:*

- a) przedstawiony przez Oferenta certyfikat ISO: 14001 został wystawiony przez jednostkę certyfikującą nie posiadającą wymaganej Zarządzeniem nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zmianami, akredytacji jednostki akredytującej



oraz nie został opatrzony symbolem jednostki akredytującej. Zgodnie z w/w zarządzeniem kryterium certyfikatu systemu zarządzania jest spełnione, jeśli certyfikat systemu zarządzania jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża „Zdrowie i opieka społeczna” zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G Katering zgodnie z ISO/TS 22003), udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez równorzędny podmiot zagraniczny i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej;

- b) w tym miejscu ponownie podkreślić należy, że pytania ankietowe odnoszą się do warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz ustalonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zatem błędnym jest postępowanie polegające na udzieleniu odpowiedzi w oderwaniu od obowiązujących przepisów prawa. Komisja konkursowa nie ma podstaw do kwestionowania certyfikatów zarządzania i w przypadku certyfikatu złożonego przez Odwołującego się nie zakwestionowała jako takiego, natomiast w przypadku możliwości uzyskania dodatkowej oceny oferty, zgodnie z przywołanym wyżej zarządzeniem przedłożone przez oferenta certyfikaty winny spełniać warunki wskazane w tym zarządzeniu. Biorąc pod uwagę powyższe, Oferent uzyskał łącznie 30,333 pkt. na 50,000 pkt. możliwych w kategorii jakość oraz 0,000 pkt na 5,000 pkt. możliwych w kategorii ciągłość;
- c) odnosząc się do wątpliwości odwołującego odnośnie prawidłowości przedstawionych przez oferentów certyfikatów zarządzania w kwestii uwzględnienia w ich treści mobilnego charakteru udzielanych świadczeń wskazać należy, że wszystkie certyfikaty uznane przez komisję konkursową jako zgodne z zarządzeniem nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014r w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. mają zastosowanie w przedmiocie zamówienia, na który złożono ofertę. Komisja konkursowa zweryfikowała poprawność certyfikatów w tym względzie poprzez sprawdzenie zapisów na samym certyfikacie bądź w księdze jakości.
4. Odnosząc się do oczekiwań Odwołującego odnośnie podania źródła pochodzenia używanych przez komisję konkursową formularzy wraz ze wskazaniem podstawy prawnej ich wydania wskazać należy, że na podstawie Uchwały Nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 04.10.2005 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnia prawidłową i jednolitą realizację regulaminu pracy komisji.

W tym celu Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia uprawniony jest w szczególności do określenia wzorów dokumentów stosowanych przez komisje prowadzące postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Szczegółowo sprawę tę reguluje Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach. Celem tej Procedury jest zdefiniowanie i opis poszczególnych etapów postępowania prowadzonego w Oddziale, mającego na celu wybór ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, od momentu jego przygotowania do momentu ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania. Dokument ten nie wprowadza żadnych dodatkowych regulacji dotyczących wymagań wobec świadczeniodawców, którzy uczestniczą w konkursie ofert natomiast jest realizacją przysługującej Prezesowi NFZ prerogatywy, wynikającej z art. 102 ust. 5 pkt 21 ustawy o świadczeniach. Prowadzenie konkursów ofert należy bowiem do zadań Oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie art. 107 ust.5 pkt 8.

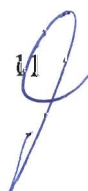
Należy nadmienić iż dokument zawierający Procedurę został również włączony do akt niniejszej sprawy administracyjnej i okazany oferentowi w dniu 30 maja 2014 r.

5. Odnosząc się do zarzutu świadczeniodawcy, iż oferty kontroferentów, w tym oferenta wybranego, zostały okazane po ich zanonimizowaniu, a więc uniemożliwiono mu de facto zapoznanie się z nimi w sposób pozwalający ocenić prawidłowość rozstrzygnięcia Komisji konkursowej należy wskazać, co następuje:

ustawodawca uznał, że oferty złożone w postępowaniu konkursowym są jawne. Fundusz zasadę jawności ofert realizuje poprzez ich okazywanie stronom postępowania (zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach), z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zostały zastrzeżone przez świadczeniodawcę.

Podkreślić należy, wszyscy oferenci, w tym Odwołujący się w oświadczeniu (złożonym według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r.), załączonym do oferty oświadczyli, iż zapoznali się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłosili do nich zastrzeżeń oraz przyjęli je do stosowania. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Komisja konkursowa oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów.

6. Odnosząc się natomiast do zarzutu zastosowania przy ocenie ofert jako kryterium „ciągłość” udzielania świadczeń należy podnieść iż kryterium to jest kryterium ustawowym. Ze względu na rozbieżność dotychczasowych interpretacji kryteriów oceny ofert: „ciągłość” i „kompleksowość” udzielania świadczeń zostały one zdefiniowane na poziomie ustawy



(Dz.U. 1290 z 2013 r.) Jak wskazano w Uzasadnieniu do projektu ustawy z dnia z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z dnia 6 listopada 2013 r.)

„Kryterium ciągłości należy rozumieć jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz ograniczającą ryzyko przerwania leczenia świadczeniobiorców w ramach danego rodzaju świadczeń. Kryterium to premiować będzie oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego świadczeniodawcy powinna być zatem lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany. Jednocześnie należy wyjaśnić, iż ograniczenie się do zdefiniowania wyłącznie tych dwóch pojęć związane jest z brakiem możliwości określenia na obecnym etapie kryterium „jakości”, które będzie mogło być określone dopiero po wprowadzeniu ustawy o jakości w ochronie zdrowia, na poziomie której zostaną uregulowane i doprecyzowane konieczne kryteria jakości”. Organ nie uznaje także zarzutu podniesionego w piśmie oferenta z 3 czerwca 2014, iż kryterium „ciągłość” ma zastosowanie w związku z „procesem leczenia” podczas gdy, zdaniem świadczeniodawcy, świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju Profilaktyczne programy zdrowotne są skierowane wyłącznie do osób zdrowych. Otóż w katalogu świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniobiorcom, które zatem musi im zapewnić Narodowy Fundusz Zdrowia, wymienione są (w art. 15 ustawy) świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju „programy zdrowotne”.

7. Odnosząc się do zarzutu braku potencjału wykonawczego przeznaczonego do realizacji zaplanowanych przez POW NFZ świadczeń w ramach postępowania nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01 nadmienić należy, że komisja konkursowa dokonała weryfikacji ofert w zakresie liczby oferowanych świadczeń w szczególności w oparciu o dane dotyczące wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym. Na tej podstawie komisja konkursowa potwierdziła realność złożonej oferty w kontekście możliwości wykonawcze świadczeniodawcy. W niniejszym postępowaniu zaplanowana ilość świadczeń to 128.043 pkt., a ilość zakupiona 142.270 pkt. Aktualnie wybrany oferent realizuje umowę na porównywalnym poziomie. Świadczenia w zakresie programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, z uwagi na swój charakter dają świadczeniodawcy możliwość złożenia ofert na terenie różnych województw wykazując ten sam potencjał. Niezależnie od tego, komisja konkursowa Pomorskiego OW NFZ, przeprowadzająca postępowanie konkursowe nr 11-14-000086/PRO/10/1/10.7940.159.02/01, poinformowała

oferentów o fakcie, że wykazany w ofercie potencjał i sprzęt jest wiążący do realizacji świadczeń na terenie woj. pomorskiego przez cały okres obowiązywania umowy.

W związku z tym, że nie zostały naruszone obowiązujące zasady przeprowadzania przedmiotowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stwierdzić należy, że interes prawny Odwołującego nie doznał uszczerbku, o którym mowa w art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

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, tj. obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcom nieprzerwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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 wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy do Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Z up. DYREKTORA
Z-CIA DYREKTORA DS. SŁUŻB MUNDUROWYCH
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Wiesław Kusio

Otrzymują:

- 1) adw. Przemysław Trzeciak – Rochowicz & Trzeciak Adwokaci spółka partnerska, ul. Świętojańska 55/10, 81-391 Gdynia;
- 2) LUX MED Diagnostyka sp. z o.o., ul. Nocznickiego 8A, 81-454 Gdynia;
- 3) a/a.