NFZ | Narodowy Fundusz Zdrowia
Pomorski Oddział Wojewódzki w Gdańsku

znak: WO-ZRP/DML – 577- D

Gdańsk, dnia 10 października 2014 r.

ARS Medica spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Szkolna 4
84-207 Koleczkowo

DECYZJA nr 63/2014

z dnia 10 października 2014 r.

Dyrektora Pomorskiego Oddzialu Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 oraz art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą" po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

ARS Medica spólkę z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Szkolna 4, 84-207 Koleczkowo

od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000165/STM/07/1/07.0000.218.02/1**
obszar: 2215062-Linia, 2215092-Szemud, 2215082 Łęczyce

w rodzaju: leczenie stomatologiczne,
w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne
ogłoszonego na teren obejmujący gminy: Szemud, Linia, Łęczyce

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Oddala odwołanie **Ars Medica sp. z o. o. z Koleczkowa**

Uzasadnienie

W dniu 9 stycznia 2013 roku, Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne na teren obejmujący Łęczyce, Szemud, Linia.

Wartość postępowania: 540 000,00 zł na okres rozliczeniowy od dnia 1.04.2013 r. do dnia 31.12.2015 r.

W ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym zawarta została informacja, że oferty w przedmiotowym postępowaniu należy złożyć do dnia 23.01.2013 r., otwarcie ofert nastąpi w siedzibie NFZ POW w dniu 28.01.2013 r.

W ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym zastrzeżono m. in. możliwość zmiany daty składania ofert, otwarcia ofert oraz możliwość wyboru kilku ofert w celu wykonania całości zadania a także opisano szczegółowo akty prawne zawierające wymagania dla oferentów chcących przystąpić do postępowania konkursowego.

W związku z awarią systemu informatycznego oraz niemożliwością korzystania z Portalu świadczeniodawcy, POW NFZ zmienił datę składania ofert na dzień 24.01.2013 r. i otwarcia ofert na dzień 29.01.2013 r.

Na prawidłowo ogłoszone postępowanie zostało złożonych w wyznaczonym terminie 7 ofert na 8 miejsc udzielana świadczeń. Ofertę w niniejszym postępowaniu złożył m. in. odwołujący się. Ofertę odwołującego się sprawdzono pod względem spełnienia warunków formalno- prawnych i wezwano go do uzupełnienia braku formalnego poprzez ponumerowanie kolejnych stron oferty Brak formalny uzupełniony został w wyznaczonym przez Komisję terminie.

Do części niejawnej postępowania dopuszczonych zostało oferentów 7.

Wszyscy oferenci biorący udział w tej części postępowania, spełniali wymagania, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego ze zm. oraz Zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (ze zm.).

Rozstrzygnięcie konkursu odbyło się na podstawie rankingu końcowego z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji: wszystkie oferty oceniane były wg jednolitych, jawnych kryteriów zgodnie z przepisami prawa, wszyscy Oferenci, którzy złożyli oferty w tym postępowaniu zostali zaproszeni do negocjacji, w których wzięli czynny udział. Rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 18 marca 2013 roku. W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego do udzielania świadczeń wybrano 4 oferentów, którzy otrzymali najwyższą ilość punktów.

Dnia 25 marca 2013 roku wpłynęło do Dyrektora POW NFZ odwołanie Ars Medica sp. z o. o. w Koleczkowie, dotyczące niniejszego postępowania. W piśmie swoim odwołujący zarzucił naruszenie art. 134 i art. 148 ustawy oświadczeniach opieki poprzez nierówne potraktowanie oferentów uczestniczących w konkursie. W szczególności zarzucił:

niedokonanie oceny jego oferty pod kątem wymagań określonych przez Prezesa Funduszu; zastosowanie kryterium oceny nieznanego w chwili ogłaszania konkursu ofert;
naruszenie przez Komisję Regulaminu jej pracy, która odmówiła mu przyjęcia istotnych wyjaśnień;
zastosowanie przepisów kodeksu cywilnego „pomimo wyraźnego zakazu przewidzianego w ustawie."
Prezes Funduszu decyzją nr 2013/312/DSOZ utrzymał w mocy zaskarżoną decyzję organu I instancji uznając, że żaden z argumentów podniesionych w odwołaniu nie zasługuje na uwzględnienie. Świadczeniodawca na powyższą decyzję złożył do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego skargę, która została uwzględniona. W wyroku z dnia 27 lutego 2014 r. WSA uchylił decyzję Prezesa uznając, że narusza ona art. 134 ust. 1 i art. 148 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach bowiem Prezes, w ocenie Sądu, wbrew zapisom ustawy pominął kryterium kompleksowości przy ustalaniu warunków jakie musi spełnić świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń ustalając natomiast de facto dodatkowe kryterium oceny oferty skarżącego, jakim był *stan realizacji kontraktu za poprzedni okres,* zatem za uprawniony, zdaniem Sądu można uznać także zarzut naruszenia przez Prezesa art. 147 ustawy o świadczeniach. Ponadto, w ocenie Sądu nie włączenie do akt sprawy administracyjnej, wszczętej na skutek odwołania wniesionego przez świadczeniodawcę, ofert pozostałych świadczeniodawców, którzy zostali wybrani w postepowaniu, stanowi naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach, tj. *zasady równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy.*
W wyniku wyroku z dnia 27 lutego 2014 r. Prezes Funduszu, decyzją nr DSOZ/152/2014 z 21. 08.2014 r. uchylił decyzję nr 115/2013 organu I instancji przekazując mu sprawę do ponownego rozpoznania.
Odwołujący, w oparciu o art. 10 Kpa, został zawiadomiony o przysługującym mu prawie zapoznania się ze wszystkimi dokumentami zgromadzonymi w przedmiotowym postepowaniu administracyjny, w tym z ofertami które zostały wybrane oraz złożenia dodatkowych wyjaśnień i przedstawienia swojego stanowiska. Pomimo skutecznego doręczenia powyższego zawiadomienia (w dniu 2 września 2014) odwołujący nie skorzystał z możliwości kierując jedynie do organu pismo (doręczone w dniu 8 września 2014 r.) wzywające organ do niezwłocznego wydania decyzji.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego oraz treścią zarzutów podniesionych w odwołaniu, Dyrektor POW NFZ, kierując się wytycznymi WSA w wyroku z 27 lutego 2014 r. oraz wskazaniami w decyzji nr DSOZ/152/2014 Prezesa Funduszu, stwierdza, że:

Odwołanie niniejsze nie zasługuje na uwzględnienie.

W odwołaniu nie zawarto zarzutów, które dotyczyłyby konkretnych czynności podjętych lub zaniechanych przez Fundusz w toku postępowania, albo naruszenia obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa. Zgodnie z treścią art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga (...).

Oferta Odwołującego się przyjęta została do postępowania konkursowego a jej ocena została dokonana według **jednolitych** dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w obowiązujących przepisach prawa. Oferty złożone w postępowaniu konkursowym oceniane są wg sumy punktów za kryteria niecenowe i cenowe zgodnie ze znanymi przed konkursem kryteriami oceny określonymi w Zarządzeniu nr 55/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (ze zm.) oraz w Zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.09.2011 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert (ze zm.). Zasady ustalające kryteria oceny ofert są niezmienne w toku całego postępowania konkursowego.

Komisja konkursowa, działając w oparciu o treść art. 142 ust. 6 ustawy z dnia 27. 04.2004 r. (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 z zm.) podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, którzy złożyli oferty niepodlegające odrzuceniu w danym postępowaniu. Uwzględniając wysoką ocenę oferty za kryteria cenowe i niecenowe komisja podjęła decyzję, że przedmiotem negocjacji z Odwołującym się będzie ustalenie wyłącznie liczby jednostek rozliczeniowych (punktów). Na spotkaniu w dniu 12.03.2013 r. propozycja złożona przez komisję opiewała na 216 000 punktów jednostkowych na okres 9 miesięcy. Liczba jednostek rozliczeniowych wskazana przez Oferenta wynosiła 324 000 punktów na ww. okres rozliczeniowy. Strony nie doszły do porozumienia w tym zakresie. W związku z powyższym został podpisany protokół etapowy. Po obustronnym podpisaniu protokołu, o którym mowa komisja stwierdziła błąd polegający na tym, że w pozycji „Propozycja NFZ" zamiast zaproponowanej przez komisję liczby punktów 216 000 zapisano 324 000 punktów. Jednocześnie w części opisowej w/w protokołu w pozycji „Uwagi:" Komisja Konkursowa wyraźnie wskazała: „ *W wyniku przeprowadzonych negocjacji Oferent nie zgodził się na propozycję zmniejszenia ilości punktów - do 2 etatów przeliczeniowych czyli 24.000 punktów miesięcznie (rocznie 216 000 punktów)*", co oznacza, że propozycja komisji dotycząca liczby jednostek rozliczeniowych to: 216 000 punktów na cały okres rozliczeniowy przyszłej umowy, tj. do dnia 31.12.2013 r.

W związku z powyższym Komisja dokonała sprostowania oczywistej omyłki i protokół z negocjacji przyjął treść wskazaną w tabeli nr 1 dołączonej do *Oświadczenia Komisji Konkursowej z dnia 12.02.2013 r. z godziny 12.00 w przedmiocie sprostowania oczywistej omyłki* wręczonego w dniu 13.03.2013 r. Panu Andrzejowi Chrostowskiemu posiadającemu pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta. Podkreślenia wymaga fakt, że protokół etapowy w brzmieniu po sprostowaniu został podpisany obustronnie: przez komisję konkursową oraz Pana Andrzeja Chrostowskiego (protokół w aktach oferty).

W dniu 13.03.2013 r. odbyło się kolejne spotkanie negocjacyjne w trakcie którego oferent podtrzymał swoje stanowisko co do ilości punktów pierwotnie wskazanych w ofercie jednocześnie obniżając cenę z 1,00 zł/ punkt do 0,96 zł/ punkt. Propozycja NFZ wynosiła 216 000 pkt/ 9 m-cy z ceną jedn. 1,00 zł./pkt. (Komisja uwzględniła wysokie miejsce Oferenta w rankingu otwarcia)

Propozycja komisji odnośnie ilości jednostek rozliczeniowych wynikała z faktu, że w miejscu udzielania świadczeń zgłoszonym w ofercie Oferent w ubiegłych okresach rozliczeniowych wykazywał niedowykonanie przy umowie zawartej na 1,5 etatu przeliczeniowego. Mając na

względzie powyższe okoliczności komisja uznała, że zawarcie umowy na 3 etaty przeliczeniowe (100 % wzrost liczby jednostek rozliczeniowych w stosunku do poprzedniej umowy) przy aktualnym niedowykonaniu (umowa na 1,5 etatu) będzie stanowiło nieracjonalne wydatkowanie środków publicznych, poprzez zablokowaniem środków w miejscowości Bojano, podczas gdy w przedmiotowym postępowaniu brali udział również Oferenci zgłaszający miejsca udzielania świadczeń w: Łęczyce, Bożepole Wielkie, Strzepcz, Linia, Kielno, Szemud.

Łączna wartość wszystkich złożonych ofert przekroczyła wartość postępowania.

Strony nie doszły do porozumienia – podpisano obustronnie Protokół końcowy negocjacji z rozbieżnym statusem. W protokole, o którym mowa zawarty jest m.in. zapis: „ *Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana.*", co osoba reprezentująca Oferenta potwierdziła własnoręcznym podpisem.

Jedyną przyczyną podpisania protokołu rozbieżności były różne stanowiska stron **co do ilości jednostek rozliczeniowych** i tylko z tego powodu oferta nie brała udziału w tworzeniu rankingu końcowego. Ocena oferty w kryteriach niecenowych i cenowych pozostała niezmienna.

Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej Komisja jest uprawniona do prowadzenia negocjacji z oferentami wyłącznie odnośnie liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej(tzn. liczby tzw. punktów przeliczeniowych) oraz ceny świadczeń. Z inicjatywą taką może wystąpić każda ze stron a więc także Komisja Konkursowa; przy czym propozycja przedstawiona przez Komisję powinna być celowa i gospodarna w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Musi przy tym uwzględniać również dostępność do świadczeń co oznacza, że z punktu widzenia obszaru na jaki ogłoszono postępowanie nr 165 propozycja Komisji była optymalna i nie naruszała interesu stron. Oferta oferenta nie była oceniana pod kątem dotychczasowego wykonania natomiast wykonanie to stanowiło dla Komisji wskazówkę do ustalenia propozycji do negocjacji liczby świadczeń na okres do 31.12.2013 r. Wszystkim oferentom, biorącym udział w postępowaniu nr 11-13-000165/STM/07/1/07.0000.218.02/1 komisja konkursowa podczas negocjacji proponowała stosowną ilość jednostek rozliczeniowych tzw. punktów w zależności od ich indywidualnego potencjału wskazanego w ofercie oraz analizy wykonanych świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym. Trzeba zaznaczyć, iż wszyscy oferenci uczestniczący w przedmiotowym postępowaniu realizowali, w chwili składania ofert, umowy na udzielanie świadczeń z POW NFZ w rodzaju: leczenie stomatologiczne. Wszyscy świadczeniodawcy, poza odwołującym się, wykonali całą ilość świadczeń określonych w umowach lub mieli tzw. nadwykonania w ramach wcześniejszych umów co oznacza, że swój potencjał w miejscu udzielania świadczeń wykorzystywali maksymalnie. Tym samym komisja konkursowa, przygotowując swoje propozycje do negocjacji w zakresie liczby jednostek rozliczeniowych(tzw. punktów) dla każdego z oferentów, zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego, analizowała dotychczasowe wykonanie umowy każdego z nich a nie tylko odwołującego się. Były to propozycje optymalne i zgodne z możliwościami oferentów oraz zapotrzebowaniem na świadczenia na danym terenie. Należy nadmienić, iż konkurs ofert był ogłoszony na łączny obszar gmin: Linia, Łęczyce, Szemud. W gminie Szemud udziela świadczeń świadczeniodawca wybrany w przedmiotowym konkursie z potencjałem dwóch etatów przeliczeniowych tj. 24.000 pkt/miesięcznie. Komisja konkursowa ma obowiązek w przygotowaniu propozycji do negocjacji kierować się zasadą

gospodarności i celowości wydatkowania środków publicznych, dążąc do wyeliminowania sytuacji, w której z wybranym oferentem zostanie zawarta umowa o udzielanie świadczeń, z której oferent nie będzie mógł się wywiązać, gdyż nie będzie mógł zrealizować wszystkich świadczeń oferowanych w umowie z Funduszem. W przypadku odwołującego się taka sytuacja miała właśnie miejsce w trakcie realizacji poprzedniej umowy kiedy to tzw. nadwykonania w innym miejscu udzielania świadczeń w rodzaju STM (w Gdyni) zostały zrekompensowane niedowykonaniami właśnie w miejscu udzielania w Bojanie. Skutkowało to „zamrożeniem" środków danego miejsca (Bojano) do końca danego roku finansowego- co odbywa się ze szkoda dla świadczeniobiorców.

Należy podkreślić, iż *„postępowanie prowadzone przez komisję konkursową, zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej oferty na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest wzorowane na czynnościach poprzedzających zawarcie umowy cywilnoprawnej, uregulowanych w kodeksie cywilnym. Rozstrzygnięcie tego konkursu nie jest niczym innym niż wyborem najkorzystniejszej oferty przez zamawiającego".* (Wyrok NSA z 14.02.2007 II GSK 330/06). Podobnie komentatorzy ustawy o świadczeniach wskazują: *(...) poza dyskusją jest, że postępowanie to (o zawarcie umowy) ma charakter cywilnoprawny. W orzecznictwie NSA i WSA przyjęto, że wszystkie etapy postępowania poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń, prowadzonego w ramach NFZ, są wzorowane na zasadach prawa cywilnego i nie podlegają przepisom prawa administracyjnego. (...) Oczywiste jest więc, że pomimo iż ustawa wprost nie odwołuje się do stosowania kodeksu cywilnego, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie on miał zastosowanie w zakresie nieuregulowanym w ustawie.* (G.Machulak, A.Pietraszewska-Macheta, K.Baka, A.Sidorko - Komentarz ABC, 2010). Dlatego też Dyrektor nie uznaje za uzasadniony zarzutu dotyczącego stosowania przez Komisję przepisów kodeksu cywilnego w postępowaniu o zawarcie umowy. Zgodnie bowiem z art. 155 ustawy do umów o udzielanie świadczeń stosuje się przepisy kodeksu cywilnego jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej. Żaden z przepisów ustawy o świadczeniach nie reguluje szczegółowo sposobu prowadzenia negocjacji mających na celu zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zatem przepisy kodeksu cywilnego mają odpowiednie zastosowanie także w trakcie prowadzenia konkursu ofert. Należy podkreślić, iż dopiero z chwilą wniesienia odwołania rozpoczyna się postępowanie administracyjne, wyłączające stosowanie wprost przepisów kodeksu cywilnego.

Ostatecznie po przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi Oferentami dokonano wyboru ofert w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym.

Zestawienie punktacji oferty Ars Medica Sp. z o. o. z ofertami wybranymi w postępowaniu nr 11-13-000165/STM/07/1/07.0000.218.02/1 z 2013 r.

Kategorie		Lp.	Pytanie	Maksymalna liczba punktów do uzyskania	ARS MEDICA liczba uzyskanych punktów	Oferty Wybrane			
						Beata Maria Lidke liczba uzyskanych punktów	Aleksandra Dzikowska-Gruba liczba uzyskanych punktów	Andrzej Jeka liczba uzyskanych punktów	Iwona Kledzik-Konopka liczba uzyskanych punktów
JAKOŚĆ	PERSONEL	1.1.1.1	Jaki udział w czasie pracy wszystkich lekarzy stanowi czas pracy lekarzy dentystów specjalistów w dziedzinie stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej?	26,6667	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
		1.1.2.1	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy personel pomocniczy - w wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej 50% czasu pracy poradni?	13,3333	13,3333	13,3333	13,3333	13,3333	13,3333
	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1.3.1.1	Czy oferent zapewania aparat rtg - w lokalizacji?	7,5000	7,5000	7,5000	0,0000	0,0000	0,0000
		1.3.1.2	Czy oferent zapewnia endometr - w miejscu?	7,5000	7,5000	7,5000	7,5000	7,5000	7,5000
	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	1.4.1.1	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	3,0000	3,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	od 1.5.1.1 do 1.5.6.2	Wyniki kontroli prowadzonej przez NFZ pytania od 1.5.1.1 do 1.5.6.2	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
DOSTĘPNOŚĆ	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	1.2.1.1	Czy liczba dni pracy przynajmniej jednego lekarza w poradni do godziny 18 wynosi powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego?	7,5000	7,5000	7,5000	7,5000	7,5000	7,5000
		1.2.1.2	Czy praca przynajmniej jednego lekarza w poradni w sobotę trwa co najmniej 6 godzin?	7,5000	0,0000	7,5000	0,0000	0,0000	0,0000

	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	1.6.1.1	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,6667	1,6667	0,0000	1,6667	1,6667	1,6667
		1.6.1.2	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,6667	1,6667	0,0000	1,6667	1,6667	1,6667
		1.6.1.3	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?	1,6667	1,6667	0,0000	0,0000	1,6667	1,6667
CIĄGŁOŚĆ	WARUNKI WYMAGANE	od 1.7.1.1 do 1.7.3.3	Warunki wymagane: personel-lekarze, sprzęt i aparatura medyczna, organizacja udzielania świadczeń pytania od 1.7.1.1 do 1.7.3.3	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
CENA			Cena	20,0000	14,0000	12,0000	15,0000	10,0000	10,0000
PUNKTY ŁĄCZNIE				**98,000**	**57,833**	**55,333**	**46,666**	**43,333**	**43,333**

Umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z podmiotami leczniczymi, z którymi podpisano zbieżne stanowiska zarówno co do liczby jak i ceny świadczeń. Dyrektor nie stwierdził, iż komisja konkursowa naruszyła art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, nie uwzględniając cenowej propozycji odwołującego się (obniżenie ceny zawartej w ofercie – 1,00 zł za punkt rozliczeniowy do 0,96 zł .w negocjacjach) skoro za kryterium ceny odwołujący się uzyskał 14 pkt. Komisja konkursowa nie zaakceptowała jedynie propozycji odwołującego się w zakresie liczby jednostek rozliczeniowych (tzw. punktów) w ramach przyszłej umowy bowiem proponowana przez odwołującego liczba tych jednostek była większa niż proponowana przez komisję. Tym samym skoro strony nie doszły do porozumienia w istotnych elementach przyszłej umowy oferta złożona przez odwołującego się nie została wybrana. Sposób ustalania propozycji do negocjacji przez komisję konkursową w zakresie liczby i ceny jednostek rozliczeniowych nie jest dodatkowym kryterium oceny aktualnej oferty, składanej w postępowaniu lecz wynika z realizacji ustawowego obowiązku Funduszu jako jednostki finansów publicznych.

Odnosząc się natomiast do zarzutu, iż przy ocenie spełniania warunków wymaganych od świadczeniodawców naruszony został art. 146 i 147 ustawy o świadczeniach należy wskazać, że zarówno kryteria oceny ofert jak też warunki wymagane od świadczeniodawców są ustalane przez Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych. *„ Zastrzeżenia w tym zakresie nie mogą być uwzględniane o ile nie dotyczą naruszenia zasad postępowania, w wyniku którego interes prawny oferenta nie doznał uszczerbku"*. (NSA II GSK 748/08). Należy wskazać, iż przedmiotowe postępowanie o zawarcie umowy było prowadzone m. in. w oparciu o Zarządzenie Prezesa nr 54/2011/DSOZ zatem zgodnie z prawomocnym wyrokiem WSA w Warszawie: *„Aktualnie obowiązujące Zarządzenie 54/2011/DSOZ Prezesa Funduszu stwarza podstawy do rezygnacji – w przypadku niektórych rodzajów świadczeń – z niektórych, wybranych kryteriów. (...)Reasumując, Sąd akceptuje ocenę organu odwoławczego, że kryteria ustawowe mogą się zmieniać w zależności od zakresu świadczeń, na który prowadzony jest konkurs, i że szczegółowo te kwestię regulują przepisy Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ.(...)"*. (VI SA/Wa 2447/12). . Należy podkreślić, że kryteria oceny ofert zostały oferentom przedstawione w ogłoszeniu o konkursie a wszyscy oferenci (w tym także odwołujący się) oświadczyli, iż warunki i kryteria oceny są im znane przed złożeniem ofert w konkursie. Oznacza to, że brak kryterium oceny „kompleksowość" był znany świadczeniodawcy przed złożeniem oferty i nie budził jego zastrzeżeń. Koniecznym jest także przypomnienie, iż decyzją nr RWA-9/2009 Prezes UOKiK zakazał stosowania przez Fundusz kryteriów oceny ofert, uniemożliwiających oferentom działanie na rynku konkurencyjnym. W decyzji tej uznał, że wprowadzenie kryterium oceny ofert pn. „ciągłość" uzależniającego pozycję oferty w rankingu od tego, czy dany świadczeniodawca miał już umowę z Funduszem, stanowi stosowanie praktyk monopolistycznych i powinno być zakazane. Zatem także to kryterium oceny ofert zostało w warunkach oceny ofert, określanych Przez Prezesa Funduszu w oparciu o art. 146 ustawy o świadczeniach pominięte.

Odwołujący się nie skorzystał z możliwości zapoznania się z ofertami wybranymi zatem zarzut uniemożliwienia mu zapoznania się z nimi organ I instancji uznaje za nieuzasadniony.
Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone.

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 (t. j. Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071 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.

p.o. DYREKTORA
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Małgorzata Paszkowicz

Otrzymują:
1) adw. Renata Krysiak-Milczanowska, Kancelaria Radców Prawnych Stankiewicz, Własów i Partnerzy, ul. Dmowskiego 15/9, 80-243 Gdańsk;
2) a/a.