



**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
PELMED Sp. z o.o.  
ul. Wybickiego 14  
83-130 Pelplin**

**DECYZJA nr 280/2013  
z dnia 26 czerwca 2013 r.**

**Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust.5 pkt 8 i art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PELMED Sp. z o.o. ul. Wybickiego 14 83-130 Pelplin**

**kod rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000363/AOS/02/1/02.1220.001.02/1**

**w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

**w zakresie: świadczenia w zakresie neurologii**

**na obszar: powiat tczewski**

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PELMED Sp. z o.o. w Pelplinie**
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

## Uzasadnienie

W dniu 25.02.2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 01.07.2013 r. – 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie neurologii na obszarze powiatu tczewskiego. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 285 151,20 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013 r. do 31.12.2013 r.

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

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęło w terminie 6 ofert na 7 miejsc udzielania świadczeń, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się wpłynęła w terminie. Oferta Odwołującego się posiadała następujące braki formalne, do których uzupełnienia oferent został wezwany:

1. Kopia zawartej umowy (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie
2. Oświadczenie o wpisie do właściwych rejestrów, według wzoru stanowiącego załącznik  
Oświadczenie o wpisach do rejestrów do aktualnego zarządzenia w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rejestr podmiotów działalności leczniczej

Braki formalne zostały uzupełnione w terminie. W trakcie postępowania przeprowadzono kontrolę oferenta. W protokole z kontroli zawarto następujące informacje:

1. wyposażenie w sprzęt niezbędny do przeprowadzenia procesu diagnostyczno-terapeutycznego w danym zakresie - stwierdzono zgodność oferty ze stanem faktycznym
2. pomieszczenia niezbędne do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej – zgodność oferty ze stanem faktycznym Do protokołu dołączono decyzję Sanepidu potwierdzającą posiadanie gabinetu diagnostyczno – zabiegowego spełniającego wymagania wynikające z Rozporządzenia MZ z dnia 26 czerwca 2013 w sprawie szczegółowych wymagań jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

3. spełnienie wymogów w zakresie zapewnienia dostępu do miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych: „Poradnia znajduje się na I piętrze, brak zapewnienia dźwigu umożliwiającego transport chorych na wózkach. Do protokołu dołączono Decyzję Nr 1.29.2013, zatwierdzającą projekt podjazdu dla niepełnosprawnych oraz Decyzję nr 1.34.2013 zatwierdzającą projekt dobudowy windy dla osób niepełnosprawnych.
4. Dołączono kserokopie kwalifikacji personelu

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 831 635,23 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 285 151,20 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z 2 oferentami (2 dwa miejsca udzielania świadczeń) na łącznie 7 miejsc udzielania świadczeń zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania. Komisja Konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z wybranymi oferentami, których łączna ocena oferty była najwyższa pod względem kryteriów niecenowych – do negocjacji kwalifikuje się oferentów licząc kolejno od najwyższej oceny, a tym samym gwarantuje możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia. Negocjacje dotyczyły: ilości świadczeń.

Oferta Odwołującego się nie została zakwalifikowana do negocjacji z uwagi na zbyt niską ocenę oferty za kryteria niecenowe tj. 54,333 pkt. Oferta z najniższą punktacją za kryteria niecenowe, która została zakwalifikowana do negocjacji otrzymała 61,00 pkt. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania wybrano 2 miejsca udzielania świadczeń. Oferta Odwołującego się nie została wybrana.

W dniu 20.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000363/AOS/02/1/02.1220.001.02/1**. Oferent zarzucił iż rozstrzygnięcie postępowania zostało dokonane z naruszeniem przepisów prawa tj. art. 134 ustawy, a w szczególności:

- naruszenia zasady traktowania wszystkich świadczeniobiorców
- naruszenia zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Ponadto wniósł o zapewnienie w toku postępowania odwoławczego czynnego i pełnego udziału, w tym zapoznania z całością ofert złożonych przez oferentów. Przedłożenia pełnomocnictw dla Dyrektora POW NFZ do wydawania zarządzeń w zakresie postępowania ofertowego oraz przedłożenia wszystkich przepisów wewnętrznych NFZ regulujących zasady



ogłaszania, tryb przeprowadzania oraz kryteria oceny poszczególnych ofert z rozbiciem na poszczególne elementy kryteriów.

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

W dniu 18 czerwca 2013 r. Odwołującemu się udostępniono do wglądu jego ofertę, ranking końcowy oraz protokół z podsumowania postępowania.

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

**odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.**

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

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

Komisja konkursowa w oparciu o materiały konkursowe i zgodnie z Zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów. Nadmienić w tym miejscu należy, iż ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów.

Odwołujący się w treści odwołania nie wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy. Przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach stanowi bowiem, że „świadczeniodawcom, których interes prawny doznał

uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, przysługują środki odwoławcze przewidziane w art. 153 i 154 ustawy”. Z treści tego przepisu wynika zatem, iż jedynie naruszenie przez Fundusz zasad postępowania stanowi postawę do wniesienia odwołania. Określone w art. 134 ustawy zasady prowadzenia postępowania o zawarcie umowy, to zasada równego traktowania wszystkich uczestników postępowania oraz zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Jak wskazano równe traktowanie polega także na tym, by wszystkie wymagania, informacje i wyjaśnienia a także dokumenty związane z postępowaniem o zawarcie umowy były udostępniane na tych samych zasadach wszystkim oferentom. Zatem fundamentalnym pojęciem dla instytucji środka odwoławczego, w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny - zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami - rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym, przyznane przez normę prawa materialnego. Istotne jest, że interes prawny musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili oraz indywidualny. Ustalenie zaś interesu prawnego, to zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym, a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r., (sygn. akt VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330) wskazał, iż do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania, w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa, przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, determinuje w zasadzie sposób postępowania, w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania, organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Podobnie w wyroku z dnia 17.02.2012 r. (sygn. akt: SA /Wa 1881/11), Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie stwierdził, iż do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania, w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Podobne stanowisko zawarł Naczelny





Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 20 kwietnia 2011 r. (II GSK 474/10) wskazując, iż przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.

Po rozpatrzeniu odwołania **Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej PELMED Sp. z o.o** należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując 5 miejsce w rankingu, a jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

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

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr 11-13-000363/AOS/02/1/02.1220.001.02/1 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej PELMED Sp. z o.o.** odwołaniem do organu I instancji, należy ponadto wskazać, iż:

Oferta skarżącego oceniana była według takich samych kryteriów, jak pozostałe oferty. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w Ankiecie wskazujące, czy oferent spełnia w dniu składania oferty jak też będzie spełniał w przyszłości tj. od początku obowiązywania umowy wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych jak i zarządzeniach Prezesa. Część tych wymagań musi spełnić każdy oferent (warunki wymagane - konieczne) natomiast część ma charakter tzw. rankingujący co oznacza, że w przypadku ich spełnienia oferta uzyskuje wyższą punktację.

W postępowaniu nr 11-13-000363/AOS/02/1/02.1220.001.02/1 złożono łącznie 6 ofert na 7 miejsc udzielania świadczeń. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą ilość punktów. Ocena ofert wybranych i odwołującego się przedstawiała się następująco:

|        | Pytanie  | Pkt. MAX | Szpital<br>Tczewskie<br>S.A. | Centrum<br>Rehabilitacji<br>Medical Sp. z<br>o.o. | NZO2 Pelmed |
|--------|--|----------|------------------------------|---|-------------|
| Jakość | Personel   | 30,0000  | 30,0000                      | 30,0000   | 30,0000     |
|        | W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista neurologii?  | 27,2727  | 27,2727                      | 27,2727   | 27,2727     |
|        | Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?   | 2,7273   | 2,7273                       | 2,7273  | 2,7273      |
| Jakość | Wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ   | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów) | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?  | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?   | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielania świadczenia świadczeniobiorcy?  | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy?   | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?  | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?  | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?   | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodną z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?  | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |
|        | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielenie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?   | 0,0000   | 0,0000                       | 0,0000  | 0,0000      |



|                      |   |                 |                |                |                |
|----------------------|---|-----------------|----------------|----------------|----------------|
|                      | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?  | 0,0000          | 0,0000         | 0,0000         | 0,0000         |
|                      | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych? | 0,0000          | 0,0000         | 0,0000         | 0,0000         |
|                      | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych ?   | 0,0000          | 0,0000         | 0,0000         | 0,0000         |
|                      | Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?   | 0,0000          | 0,0000         | 0,0000         | 0,0000         |
| <b>Jakość</b>        | <b>Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń</b>   | <b>15,0000</b>  | <b>15,0000</b> | <b>15,0000</b> | <b>15,0000</b> |
|                      | Czy oferent zapewni gabinet diagnostyczno-zabiegowy, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 7 zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna?   | 15,0000         | 15,0000        | 15,0000        | 15,0000        |
| <b>Jakość</b>        | <b>Sprzęt i aparatura medyczna</b>  | <b>15,0000</b>  | <b>10,0000</b> | <b>0,0000</b>  | <b>5,0000</b>  |
|                      | Czy oferent zapewni elektroencefalograf - w lokalizacji?  | 5,0000          | 0,0000         | 0,0000         | 0,0000         |
|                      | Czy oferent zapewni elektromiograf - w lokalizacji?   | 5,0000          | 5,0000         | 0,0000         | 0,0000         |
|                      | Czy oferent zapewni ultrasonograf z opcją Dopplera - w lokalizacji?   | 5,0000          | 5,0000         | 0,0000         | 5,0000         |
| <b>Jakość</b>        | <b>Zewnętrzna ocena jakości</b>   | <b>3,0000</b>   | <b>3,0000</b>  | <b>3,0000</b>  | <b>0,0000</b>  |
|                      | Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?  | 3,0000          | 3,0000         | 3,0000         | 0,0000         |
| <b>Dostępność</b>    | <b>Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo</b>  | <b>5,0000</b>   | <b>5,0000</b>  | <b>5,0000</b>  | <b>3,3333</b>  |
|                      | Czy oferent zapewni podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?   | 1,6667          | 1,6667         | 1,6667         | 1,6667         |
|                      | Czy oferent zapewni co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?   | 1,6667          | 1,6667         | 1,6667         | 1,6667         |
|                      | Czy oferent zapewni 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         | 1,6667         | 0,0000         |
| <b>Dostępność</b>    | <b>Harmonogram pracy komórki organizacyjnej</b>   | <b>10,0000</b>  | <b>1,0000</b>  | <b>8,0000</b>  | <b>1,0000</b>  |
|                      | Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?  | 10,0000         | 1,0000         | 8,0000         | 1,0000         |
| <b>Kompleksowość</b> | <b>Możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie</b>   | <b>5,0000</b>   | <b>2,5000</b>  | <b>0,0000</b>  | <b>0,0000</b>  |
|                      | Czy oferent zapewni wykonywanie badań elektrofizjologicznych - w lokalizacji?   | 2,5000          | 0,0000         | 0,0000         | 0,0000         |
|                      | Czy oferent zapewni możliwość wykonywania TK lub RM - w lokalizacji?  | 2,5000          | 2,5000         | 0,0000         | 0,0000         |
| <b>Cena</b>          | <b>Cena</b>   | <b>20,0000</b>  | <b>20,0000</b> | <b>20,0000</b> | <b>20,0000</b> |
| <b>SUMA</b>          |   | <b>103,0000</b> | <b>86,5000</b> | <b>81,0000</b> | <b>74,3333</b> |



W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu ilość świadczeń wynosiła 32 776 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 36 433 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

Wszystkie kryteria oceny ofert były jawne i wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym. Odwołujący się został poinformowany o czynnym udziale w postępowaniu, zgodnie z treścią art. 10 Kpa.

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, t.j. obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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

#### **Pouczenie**

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze 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.