

WO/ZRP – MZ/1072-D

Gdańsk, dnia 27 czerwca 2013 r.

*Halina Woszczak- Marcinkowska*  
*ul. Jagalskiego 10*  
*84-200 Wejherowo*

**DECYZJA nr 319/2013****z dnia 27 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:

*Halinę Woszczak- Marcinkowską*  
*ul. Jagalskiego 10*  
*84-200 Wejherowo*

*od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000454/AOS/02/1/02.1020.001.02/1*  
*w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna*  
*w zakresie: diabetologii*  
*na obszar: 2215-powiat wejherowski*

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie *Haliny Woszczak- Marcinkowskiej*.
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 diabetologii na obszarze powiatu wejherowskiego. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 195 889,00 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

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

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęły w terminie dwie oferty, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała następujący brak formalny: nieprawidłowo wypełnione „Oświadczenie oferenta o wpisach do rejestrów”. Brak został uzupełniony w terminie.

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 231 280,00 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 195 889,00 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z wszystkimi oferentami.

W dniu 28.05.2013 r. oferent został zaproszony na negocjacje w zakresie diabetologii. Z Odwołującym się negocjowano liczbę świadczeń. Oferent podpisał protokół końcowy z negocjacji, zawierający klauzulę: „Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do ilości i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.”

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano wszystkie oferty biorące udział w postępowaniu, w tym ofertę odwołującego się.

W dniu 20.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr **11-13-000454/AOS/02/1/02.1020.001.02/1**. W odwołaniu wskazał, iż cukrzyca jest chorobą rozwijającą się w sposób epidemiczny co powoduje zwiększenie zapotrzebowania na te świadczenia. Odwołujący się uważa, że zmniejszenie wartości kontraktu o ok. 20% jest krzywdzące dla pacjentów, w związku z tym oferent wnosi o zwiększenie ilości punktów.

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

W dniu 25.06.2013r. Odwołujący się zapoznał się z dokumentacją postępowania i poprosił o wyjaśnienie zasad przyznawania punktów za jakość, dostępność oraz wyjaśnienie, co wpływało szczegółowo na łączną liczbę punktów w zakresie diabetologii.

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 *Haliny Woszczak- Marcinkowskiej* należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Oferent ten został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując drugie miejsce w rankingu, otrzymując tym samym kontrakt o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W odwołaniu zaś wnoszący je nie wskazał, jaki konkretny przepis prawa został naruszony w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego, co w konsekwencji naruszyłoby interes prawny Odwołującego się. Wskazać przy tym należy, iż nie zostało wykazane również naruszenie interesu prawnego Odwołującego się.

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 **11-13-000454/AOS/02/1/02.1020.001.02/1** w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta *Haliny Woszczak- Marcinkowskiej* 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 **11-13-000454/AOS/02/1/02.1020.001.02/1** złożono w terminie łącznie 2 oferty. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą liczbę punktów.

Ocena ofert wybranych i odwołującego się przedstawiała się następująco:

Nazwa kategorii	max liczba punktów do uzyskania	Liczba punktów odwołującego się	Liczba punktów - oferent o max liczbie punktów	Liczba punktów - ostatni oferent nad linią odcięcia
Kryteria niecenowe	83,000	55,451	76,000	55,451
Kryteria cenowe	20,000	10,000	10,112	10,000
	<b>103,000</b>	<b>65,451</b>	<b>86,112</b>	<b>65,451</b>

Odnosnie pytania dotyczącego oceny oferty wg kryterium „Jakości” oraz „Dostępności” i innych kryteriów wskazać należy na treść § 1 ust. 1 pkt 1 powołanego wyżej Zarządzenia Prezesa Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. W świetle tego zapisu

- jakość jest oceniana w szczególności poprzez: kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie, wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną, zewnętrzną ocenę jakości, wyniki kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia,
- dostępność jest oceniana w szczególności poprzez: liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy, organizację przyjęć świadczeniobiorców, brak barier dla osób niepełnosprawnych,
- kompleksowość jest oceniana w szczególności poprzez: możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne), planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków, wymagania formalne.

Szczegółowe zapisy dotyczące poszczególnych parametrów oceny są uregulowane w Zarządzeniu Prezesa Nr 73/2012/DSOZ z 8 listopada 2012 r. Punktacja oferenta Haliny Woszczak-Marcinkowskiej za kryterium „Jakości” przedstawiała się następująco: personel - 29,118 pkt na 30 pkt możliwych do uzyskania (czas pracy lekarzy specjalistów jest równy 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, świadczenia udzielane są przez pielęgniarkę z przynajmniej rocznym stażem w poradni diabetologicznej, natomiast brak jest dietetyka w wymiarze czasu pracy odpowiadającym przynajmniej 25% czasu pracy poradni); wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń – oferent uzyskał 0 pkt na 15 pkt możliwych do uzyskania (oferent nie zapewnia gabinetu diagnostyczno-zabiegowego ani w miejscu ani w lokalizacji); wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ – 0 pkt na 0 pkt możliwych do uzyskania (brak punktów ujemnych za stwierdzone podczas kontroli uchybienia); sprzęt i aparatura medyczna – 15 pkt na 15 pkt możliwych do uzyskania; zewnętrzna ocena jakości – 0

pkt na 3 pkt możliwe do uzyskania (brak certyfikatu ISO). Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Jakość” 44,118 pkt na 63 pkt możliwe do uzyskania.

Punktacja oferenta Haliny Woszczak-Marcinkowskiej za kryterium „Dostępności” przedstawiała się następująco: dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo – 3,333 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania (przy udzielaniu świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji brak dźwigu lub innego urządzenia umożliwiającego dostęp dla pacjentów na wózkach; harmonogram pracy komórki organizacyjnej – 8 pkt na 15 pkt możliwych do uzyskania (poradnia czynna powyżej 36h do 48h włącznie). Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Dostępność” 11,333 pkt na 15 pkt możliwych do uzyskania.

Punktacja oferenta Haliny Woszczak-Marcinkowskiej za kryterium „Kompleksowości” przedstawiała się następująco: 0 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania (oferent nie posiada poradni chirurgii naczyniowej lub chirurgii ogólnej w lokalizacji, z możliwością leczenia stopy cukrzycowej, z pełną dostępnością gabinetu zabiegowego). Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Kompleksowość” 0 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania.

Łącznie oferta Odwołującego się za kryteria niecenowe otrzymała 55,451 pkt na 83 pkt możliwe do zdobycia.

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu liczba świadczeń wynosiła 22 010 pkt, a liczba zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 22 023 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem 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.

Niniejszej decyzji, na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, 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.