

WO/ZRP – PS/1180-D

Gdańsk, dnia 28 czerwca 2013 r

„REMED+LECTUS”**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością****ul. Walowa 27****80-858 Gdańsk****DECYZJA nr 420/2013****z dnia 28 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:

REMED+LECTUS” Sp. z o. o., ul. Walowa 27, 80-858 Gdańsk**od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000352/AOS/02/1/02.1200.001.02/1****w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna****w zakresie: świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii****na obszar: miasto Gdańsk**

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie **REMED+LECTUS”**
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 dermatologii i wenerologii na obszarze miasta Gdańsk. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 2 820 364,90 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 29 ofert na 30 miejsc udzielania świadczeń, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała następujące braki formalne, do których uzupełnienia oferent został wezwany:

1. Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskującego/oferenta umowy ubezpieczenia OC na okres obowiązywania umowy z Funduszem
2. 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.
3. Każda strona oferty podpisana przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta

Braki formalne zostały uzupełnione w terminie, w dniu 03.04.2013 r. W trakcie postępowania nie przeprowadzono kontroli oferenta.

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 4 345 226,10 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 2 820 364,90 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z 20 oferentami na łącznie 30 miejsc udzielania świadczeń zakwalifikowanych do części niejawnej 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 i ceny świadczeń.

Oferta Odwołującego się nie została zakwalifikowana do negocjacji z uwagi na zbyt niską ocenę oferty za kryteria niecenowe tj. 50,068 pkt. Oferta z najniższą

punktacją za kryteria niecenowe, która została zakwalifikowana do negocjacji otrzymała 60,856 pkt. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania wybrano 19 miejsc udzielania świadczeń na łącznie 30 miejsc udzielania świadczeń. Oferta Odwołującego się nie została wybrana.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **11-13-000352/AOS/02/1/02.1200.001.02/1**. Oferent wskazał, iż odwołuje się od niniejszego rozstrzygnięcia w części dotyczącej niewybrania oferty zarzucając:

- 1) naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach poprzez naruszenie obowiązku zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i poprzez naruszenie obowiązku prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- 2) naruszenie art. 142 ust. 5 pkt 1 ust. ustawy o świadczeniach poprzez dokonanie wyboru ofert nie zapewniających w takim samym stopniu co Odwołujący ciągłości udzielania świadczeń, ich kompleksowości, dostępności oraz korzystnego bilansu ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.
- 3) Naruszenie art. 142 ust.2 pkt 3 ustawy o świadczeniach poprzez uniemożliwienie oferentowi złożenia oświadczenia w przedmiocie możliwej zmiany proporcji udzielania świadczeń przez lekarzy.
- 4) Naruszenia art. 142 ust7 ustawy o świadczeniach poprzez nieprzeprowadzenie negocjacji z oferentem.
- 5) Naruszenie art. 147 w związku z art. 148 ustawy o świadczeniach poprzez nie przedstawienie szczegółowych kryteriów oceny złożonych ofert,
- 6) Naruszenie § 3 ust 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej poprzez ustalenie warunków realizacji świadczeń odbiegających od kryteriów przewidzianych rozporządzeniem.

Odwołujący się wniósł o uwzględnienie zgłoszonych uwag oraz zastrzeżeń i umieszczenia jego oferty na liście oferentów uprawnionych do wykonywania świadczeń medycznych w wyżej wymienionym zakresie względnie o przeprowadzenie dodatkowej procedury konkursowej skutkującej możliwością złożenia przez niego ponownej oferty.

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.

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.

Ponieważ odwołujący się nie wskazał na konkretne czynności czy zaniechania komisji skutkujące nierównym traktowaniem oferentów - zarzut odwołującego się w przedmiocie naruszenia art. 134 ustawy o świadczeniach, należy uznać nie tylko za nieudowodniony, ale i nieuzasadniony.

W tym miejscu wskazać również należy, że odwołujący się w treści uzasadnienia nie wskazał na czym konkretnie miało polegać naruszenie § 3 ust 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nadto, w treści ogłoszenia o przedmiotowym postępowaniu zostały wskazane szczegółowe

przepisy zgodnie z którymi oceniana będzie ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a Odwołujący się w oświadczeniu złożonym przy ofercie oświadczył, że zapoznał się z tymi warunkami i nie zgłosił żadnych uwag. W konsekwencji – zarzut w tym zakresie należało uznać za nieuzasadniony.

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.

Odnosząc się do zarzutu, że wyboru ofert nie poprzedziły negocjacje, w czasie których oferent mógłby dokonać ewentualnej modyfikacji oferty przed podpisaniem protokołu końcowego, należy wskazać, iż w protokole końcowym podpisanym przez oferenta w dniu 5.06.2013 r. znajduje się zapis „Oferent podczas negocjacji obniżył cenę z oferty o poziom 8,01 zł.”. Dalsze obniżanie ceny jednostki rozliczeniowej nie wpłynęłoby na zwiększenie punktacji za kryterium ceny. W treści protokołu zawarto również zapis „Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy”. Stąd zarzuty odwołującego się należy uznać za bezpodstawne.

Odnosząc się zaś do zarzutu naruszenia art. 142 ust. 5 pkt 1 ust. ustawy o świadczeniach oraz art. 147 w związku z art. 148 ustawy o świadczeniach – w pierwszej kolejności wskazać należy, że kryteria oceny ofert określone są w Zarządzeniu Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. natomiast szczegółowe zapisy dotyczące poszczególnych parametrów oceny są uregulowane w Zarządzeniu Prezesa Nr 73/2012/DSOZ z 8 listopada 2012 r. w tabeli nr 1.13.1 - AOS. Za kryterium ciągłość – od czasu nałożenia na NFZ kary przez UOKiK za nadużywanie pozycji dominującej poprzez przyznawanie dodatkowych punktów oferentom mającym umowy z NFZ - zaniechano przyznawania jakichkolwiek punktów za dotychczasowe usługi oferentów w ramach zawartej umowy z NFZ.

Tym samym oczekiwanie przyznania dodatkowych punktów za ciągłość udzielania świadczeń – nie zasługuje na uwzględnienie.

Po rozpatrzeniu odwołania „REMED+LECTUS” Sp. z o.o. należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując 26 miejsce w rankingu, a jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

Również zarzut naruszenia art. 142 ust 7 ustawy o świadczeniach nie zasługuje na uwzględnienie, gdyż zgodnie z ww. przepisem, w części niejawnej postępowania komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej z 2 oferentami o ile w konkursie bierze udział więcej niż 1 oferent. Zatem, skoro w przedmiotowym postępowaniu brało udział więcej niż 1 oferent, to komisja mogła zaprosić do negocjacji tylko tych oferentów, których łączna ocena oferty była najwyższa pod względem kryteriów niecenowych, licząc kolejno od najwyższej oceny, co w ocenie komisji gwarantowało możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia.

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 11-13-000352/AOS/02/1/02.1200.001.02/1 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta „REMED+LECTUS” 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 11-13-000352/AOS/02/1/02.1200.001.02/1 złożono łącznie 29 ofert na 30 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 najlepszej oferty, ostatniej ponad linią odcięcia oraz odwołującego się przedstawiała się następująco:

	Pytanie	Pkt. MAX	Spółka Medyczna Gdańsk Południe Sp. z o.o.	Mario Kazimierz Smełek	REMED+LECTUS Sp. z o.o.
Jakość	Personel	30,0000	30,0000	27,2727	11,8182
	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista dermatologii i wenerologii?	27,2727	27,2727	27,2727	9,0909
	Czy w realizacji świadczeń uczesiniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50% czasu pracy poradni?	2,7273	2,7273	0,0000	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 udzielenia 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 niezgodność 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 udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie 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 udzielenie 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 udzielenie 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 udzielenie 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 udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Jakość	Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń	15,0000	15,0000	15,0000	15,0000
	Czy oferent zapewnia 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
Jakość	Sprzęt i aparatura medyczna	15,0000	15,0000	11,2500	11,2500
	Czy oferent zapewnia aparat do elektrokoagulacji - w miejscu?	3,7500	3,7500	3,7500	3,7500
	Czy oferent zapewnia aparat do kriochirurgii - w miejscu?	3,7500	3,7500	3,7500	3,7500
	Czy oferent zapewnia dostęp do kapilaroskopu?	3,7500	3,7500	3,7500	3,7500
	Czy oferent zapewnia lampę terapeutyczną (kabina lub płyta) emitującą promieniowanie UVA, UVB lub UVA1 do foto- lub fotochemioterapii - w lokalizacji?	3,7500	3,7500	0,0000	0,0000
Jakość	Zewnętrzna ocena jakości	3,0000	3,0000	0,0000	3,0000
	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	3,0000	3,0000	0,0000	3,0000
Dostępność	Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo	5,0000	5,0000	3,3333	5,0000
	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,6667	1,6667	1,6667	1,6667
	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,6667	1,6667	0,0000	1,6667
	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	1,6667	1,6667
Dostępność	Harmonogram pracy komórki organizacyjnej	10,0000	10,0000	4,0000	4,0000
	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	10,0000	10,0000	4,0000	4,0000
Cena	Cena	20,0000	20,0000	20,0000	13,6145
SUMA		98,0000	98,0000	80,8560	63,6827

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu ilość świadczeń wynosiła 339 803 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 368 600 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, 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.