

WO/ZRP – PS/1211-D

Gdańsk, dnia 28 czerwca 2013 r.

**Przychodnia Lekarska  
NOWY CHEŁM Sp. z o.o.  
ul. Chałubińskiego 23  
80-807 Gdańsk****DECYZJA nr 446/2013****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:

***Przychodnia Lekarska NOWY CHEŁM Sp. z o.o.***

*od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000300/AOS/02/1/02.1100.001.02/1  
w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna  
w zakresie: ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII  
na obszar: m. Gdańsk*

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie ***Przychodnia Lekarska NOWY CHEŁM Sp. z o.o.***
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: kardiologii dla obszaru – *m. Gdańsk*. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 5 065 372,70 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

Zgodnie z ogłoszeniem, oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13.03.2013 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 26 ofert na 40 miejsc udzielania świadczeń, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego posiadała braki formalne, które zostały uzupełnione w dniu 10.04.2013r. Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 12 397 911,84 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 5 065 372,70 zł.

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. 56,697 pkt. Oferta z najniższą punktacją za kryteria niecenowe, która została zakwalifikowana do negocjacji otrzymała 57,364 pkt.

Komisja po przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami w ramach, których ustalono nowe warunki finansowe (negocjacji podlegała liczba jak i cena), dokonała wyboru ofert zgodnie z pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu.

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano 18 oferentów na 26 miejsc udzielania świadczeń. Odwołującego się nie wybrano.

W dniu 24.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000300/AOS/02/1/02**. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego postępowania w części dotyczącej rozstrzygnięcia zarzucając:

- błędną wykładnię godzin pracy poradni specjalistycznej skutkującą przyznaniem niższej oceny punktowej (wg Odwołującego się przez czas pracy poradni rozumie się sumę czasu pracy wszystkich lekarzy poradni);
- wewnętrzną sprzeczność przyznanej oceny punktowej za kryterium dostępności oraz jakości

- naruszenie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców składających oferty poprzez niepodjęcie negocjacji z Odwołującym się;
- brak należytej oceny zapotrzebowania na świadczenia w obszarze lokalizacji przy ul. Reformackiej.

W uzasadnieniu powyższych zarzutów Odwołujący się przedstawił własną interpretację postanowień zarządzenia Prezesa NFZ nr 71/2012/DSOZ z 7 listopada 2012r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wskazał również na czym w jego ocenie polegała wewnętrzna sprzeczność przyznanej oceny punktowej z kryterium dostępności i jakości.

Mając na uwadze wskazane przez siebie zarzuty Odwołujący się wskazał na naruszenie przez komisję konkursową jego interesu prawnego i wniósł o uwzględnienie odwołania poprzez weryfikację przyznanej oceny punktowej oraz dokonanie wyboru jego 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.

Odwołujący się skorzystał z prawa do zapoznania się z dokumentacją postępowania w dniu 20.06.2013 r, nie zgłosił uwag.

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.

Mając na uwadze zarzuty Odwołującego się, w pierwszej kolejności należy wskazać, że 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 postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.

W ocenie organu I instancji ocena oferty dokonana przez komisję konkursową w zakresie zaskarżonym przez Odwołującego się była nie tylko prawidłowa, ale i zastosowane względem wszystkich oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu. Zgodnie bowiem z§ 11 pkt. 10 zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna: *przez godziny pracy poradni specjalistycznej, rozumie się czas pracy personelu medycznego: lekarza, logopedy lub ortoptysty, udzielającego świadczeń zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy*. Harmonogram pracy poradni (stanowiący załącznik nr 2 do umowy) obejmuje faktyczne godziny, kiedy lekarz jest dostępny dla pacjentów w danej poradni. Jeśli w tych samych godzinach pracy poradni pracuje więcej lekarzy oznacza to wyłącznie, że Oferent ma możliwość realizacji większej liczby świadczeń, a czas pracy poradni pozostaje taki sam. Zatem, w stosunku do wszystkich oferentów, we wszystkich postępowaniach cza pracy poradni liczony był nie jako sumę godzin pracy lekarzy od otwarcia do zamknięcia poradni w poszczególnych dniach tygodnia, ale jako suma godzin otwarcia poradni od jej otwarcia do zamknięcia.

Odnosząc się zaś do zastrzeżeń w zakresie oceny punktowej przyznawanej za poszczególne kryteria, to ocena ta odbywała się według zasad wskazanych w Zarządzeniu Prezesa 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 1.1.3.1- AOS.

Również zarzut naruszenia zasady równego traktowania w przedmiocie niezaproszenie odwołującego się do negocjacji organ I instancji uznał za nieuzasadniony. Wskazać bowiem należy, że zgodnie z art 142 ust 7 ustawy o świadczeniach, w części niejawnego 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, komisja mogła zaprosić do negocjacji tych oferentów, których łączna ocena oferty była najwyższa pod względem kryteriów niecenowych i do negocjacji kwalifikując oferentów licząc kolejno od najwyższej oceny, a tym samym gwarantując możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia.

Po rozpatrzeniu odwołania *Przychodnia Lekarska NOWY CHELM Sp. z o.o.* należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się a podniesione zarzuty są nieuzasadnione.

Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując 28 (poradnia przy ul. Chałubińskiego) i 31 (poradnia przy ul. Reformackiej) miejsce w rankingu, ale 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 11-13-000300/AOS/02/1/02 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta *Przychodnia Lekarska NOWY CHELM 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 11-13-000300/AOS/02/1/02 złożono łącznie 26 ofert na 40 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:

Nazwa kategorii	max liczba punktów do uzyskania	Liczba punktów odwołującego się Poradnia przy ul. Chalubińskiego	Liczba punktów odwołującego się Poradnia przy ul. Reformackiej	Liczba punktów - oferent o max liczbie punktów	Liczba punktów - ostatni oferent nad linią odcięcia
Kryteria niecenowe	68,000	56,697	49,000	66,000	57,364
Kryteria cenowe	20,000	15,618	17,865	20,000	20,000
	<b>88,000</b>	<b>72,315</b>	<b>66,865</b>	<b>86,000</b>	<b>77,364</b>

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu w niniejszym postępowaniu ilość świadczeń wynosiła 569 143 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 631 637 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.