

WO/ZRP – DML/1236-D

Gdańsk, dnia 28 czerwca 2013 r.

*Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach*  
*ul. Dworcowa 11*  
*83-250 Skarszewy*

**DECYZJA nr 511/2013****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:

*Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach*  
*ul. Dworcowa 11*  
*83-250 Skarszewy*

*od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000497/AOS/02/1/02.1616.001.02/1*  
*w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna*  
*w zakresie: logopedii*  
*na obszar: 2213-powiat starogardzki*

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie *Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach*.
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 logopedii na obszarze powiatu starogardzkiego. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 50 569,40 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 cztery oferty, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się nie posiadała braków formalnych.

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 191 406,30 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 50 569,40 zł. Komisja konkursowa podjęła decyzję o nieprzeprowadzeniu negocjacji.

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano jednego oferenta na jedno miejsce udzielania świadczeń.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr *11-13-000497/AOS/02/1/02.1616.001.02/1*. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego rozstrzygnięcia podnosząc naruszenie przez Komisję konkursową:

- Art.147 w zw. Z art. 148 ustawy o świadczeniach poprzez nieprzedstawienie szczegółowych kryteriów oceny złożonych ofert;
- Art. 134 w zw. Z art. 142 ustawy o świadczeniach poprzez przeprowadzenie postępowania w warunkach uwłaczających elementarnym zasadom uczciwej konkurencji.

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.

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 podstawę 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.

Po rozpatrzeniu odwołania *Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach* należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, ale jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

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 *11-13-000497/AOS/02/1/02.1616.001.02/1* w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta *Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach* 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 *11-13-000497/AOS/02/1/02.1616.001.02/1* złożono w terminie łącznie cztery ofert na cztery miejsca udzielania świadczeń. 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	18,000	9,000	12,000	12,000
Kryteria cenowe	20,000	10,000	11,220	11,220
	<b>38,000</b>	<b>19,000</b>	<b>23,220</b>	<b>23,220</b>

Odnosnie pytania dotyczącego oceny oferty wg kryterium „Jakości” oraz „Dostępności” oraz „Kompleksowości” 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 Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach za kryterium „Jakości” przedstawiała się następująco: wyniki kontroli prowadzonych przez NFZ – 0 pkt na 0 pkt możliwych do uzyskania (brak punktów ujemnych za stwierdzone podczas kontroli uchybienia); zewnętrzna ocena jakości – 3 pkt na 3 pkt możliwe do uzyskania. Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Jakość” 3 pkt na 3 pkt możliwe do uzyskania.

Punktacja oferenta Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach za kryterium „Dostępności” przedstawiała się następująco: dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo – 5 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania; harmonogram pracy komórki organizacyjnej – 1 pkt na 10 pkt możliwych do uzyskania (poradnia czynna powyżej 12h do 24h włącznie). Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Dostępność” 6 pkt na 15 pkt możliwych do uzyskania.

W zakresie logopedii oferta nie jest oceniana pod względem kryterium „Kompleksowości”.

Łącznie oferta Odwołującego się za kryteria niecenowe otrzymała 9 pkt na 18 pkt możliwych do uzyskania.

Komisja konkursowa działając prawidłowo, w oparciu o treść art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podjęła decyzję o dokonaniu wyboru świadczeniodawców bez przeprowadzania negocjacji tj. poprzez proste przyjęcie oferty z pośród ofert spełniających wymagania. Negocjacje nie stanowią bowiem obligatoryjnego elementu postępowania konkursowego. Rozstrzygnięcie konkursu odbyło się na podstawie rankingu końcowego, poprzez wybranie - bez przeprowadzenia negocjacji - najkorzystniejszej oferty spośród ofert spełniających wymagania, o których mowa w ogłoszonym postępowaniu.

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu liczba świadczeń wynosiła 6 167 pkt, a liczba zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 6 243 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.