

WO/ZRP – JWM/1256-D

Gdańsk, dnia 28 czerwca 2013 r.

CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA"
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Burzyńskiego 1
80-462 Gdańsk

DECYZJA nr 532/2013**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:

CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA"
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Burzyńskiego 1
80-462 Gdańsk

od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000300/AOS/02/1/02.1100.001.02/1
w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
w zakresie: kardiologii
na obszar: 2261-mnpp Gdańsk

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie ***CENTRUM MEDYCZNEGO "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.***
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 na obszarze mnpp-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 13.03.2013r., 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 wpłynęło w terminie dwadzieścia sześć ofert, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała następujące braki formalne:

- w umowach z podwykonawcami FALCK sp. z o.o. oraz Piotrem Rytą brak klauzuli o poddaniu się kontroli NFZ
- umowa z podwykonawcą Społeczną Fundacją Solidarności wygasa przed okresem, na jaki mają być zawarte umowy.

Braki zostały uzupełnione w terminie.

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 osiemnastoma oferentami na dwadzieścia sześć miejsc udzielania świadczeń. Komisja konkursowa do przeprowadzenia negocjacji zaprosiła taką liczbę oferentów, która zapewniała możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia, z uwzględnieniem pozycji w rankingu otwarcia. Negocjacje dotyczyły liczby i ceny świadczeń. Odwołujący się nie został zaproszony do negocjacji z uwagi na zbyt niską w porównaniu z kontroferentami punktację za kryteria niecenowe (patrz: tabelka „Ocena ofert wybranych i odwołującego”).

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano osiemnastu oferentów na dwadzieścia sześć miejsc udzielania świadczeń.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr *11-13-000300/AOS/02/1/02.1100.001.02/1*. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego postępowania w części dotyczącej rozstrzygnięcia wskazując, iż oferta została odrzucona i zarzucając:

- naruszenie przy ocenie oferty przepisów art. 134 ust. 1 i 2, art. 140 ust. 1 i 2, art. 142 ust. 5 pkt 1 i ust. 6 oraz art. 148 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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 dniach 18.06.2013r. oraz 27.06.2013r. Odwołujący się zapoznawał się z dokumentacją postępowania i zgłosił uwagi dotyczące „braku indywidualnej wyceny” jego oferty.

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 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.

Po rozpatrzeniu odwołania **CENTRUM MEDYCZNEGO "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. **Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu**, uzyskując 40 miejsce w rankingu, a jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

Zestawienie ocen za kryteria cenowe i niecenowe przedstawia tabela poniżej:

Lp oferty	Punkty za ofertę cenową	Punkty ciągłość	Punkty kompleksowość	Punkty jakość	Punkty dostępność	Punkty pozostałe	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
1	20,000	0,000	5,000	48,000	15,000	0,000	68,000	88,000
2	20,000	0,000	3,636	48,000	15,000	0,000	66,636	86,636
3	20,000	0,000	5,000	48,000	13,000	0,000	66,000	86,000
4	20,000	0,000	2,727	48,000	15,000	0,000	65,727	85,727
5	20,000	0,000	1,364	48,000	15,000	0,000	64,364	84,364
6	20,000	0,000	2,727	48,000	13,333	0,000	64,060	84,060
7	20,000	0,000	2,727	48,000	13,333	0,000	64,060	84,060
8	20,000	0,000	2,727	48,000	13,000	0,000	63,727	83,727
9	20,000	0,000	2,727	45,000	15,000	0,000	62,727	82,727
10	20,000	0,000	1,364	48,000	13,333	0,000	62,697	82,697
11	20,000	0,000	1,364	48,000	13,000	0,000	62,364	82,364
12	20,000	0,000	5,000	48,000	9,000	0,000	62,000	82,000
13	20,000	0,000	1,364	45,000	15,000	0,000	61,364	81,364
14	20,000	0,000	1,364	45,000	15,000	0,000	61,364	81,364
15	20,000	0,000	1,364	48,000	11,333	0,000	60,697	80,697
16	20,000	0,000	2,727	48,000	9,000	0,000	59,727	79,727
17	20,000	0,000	2,727	48,000	9,000	0,000	59,727	79,727
18	20,000	0,000	5,000	38,909	15,000	0,000	58,909	78,909
19	20,000	0,000	5,000	38,909	15,000	0,000	58,909	78,909
20	20,000	0,000	1,364	48,000	9,000	0,000	58,364	78,364
21	20,000	0,000	1,364	48,000	9,000	0,000	58,364	78,364
22	20,000	0,000	1,364	48,000	9,000	0,000	58,364	78,364
23	20,000	0,000	3,636	45,000	9,000	0,000	57,636	77,636
24	20,000	0,000	1,364	43,000	13,000	0,000	57,364	77,364
25	20,000	0,000	1,364	43,000	13,000	0,000	57,364	77,364
26	20,000	0,000	1,364	43,000	13,000	0,000	57,364	77,364
27	20,000	0,000	0,000	45,000	9,000	0,000	54,000	74,000
28	15,618	0,000	1,364	48,000	7,333	0,000	56,697	72,315
29	17,865	0,000	1,364	43,000	6,000	0,000	50,364	68,229
30	12,247	0,000	1,364	48,000	6,000	0,000	55,364	67,611

31	17,865	0,000	0,000	40,000	9,000	0,000	49,000	66,865
32	10,000	0,000	2,273	40,000	13,000	0,000	55,273	65,273
33	14,944	0,000	5,000	29,818	15,000	0,000	49,818	64,762
34	11,124	0,000	1,364	43,000	9,000	0,000	53,364	64,488
35	16,629	0,000	5,000	29,818	13,000	0,000	47,818	64,447
36	20,000	0,000	0,000	38,000	6,000	0,000	44,000	64,000
37	18,989	0,000	1,364	29,818	13,000	0,000	44,182	63,171
38	12,247	0,000	1,364	42,667	6,000	0,000	50,031	62,278
39	12,247	0,000	5,000	29,818	13,000	0,000	47,818	60,065
40	10,000	0,000	1,364	36,182	9,000	0,000	46,546	56,546

W odwołaniu 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 jest ono wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr **11-13-000300/AOS/02/1/02.1100.001.02/1** w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta **CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** 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/02/1/02.1100.001.02/1** złożono w terminie łącznie dwadzieścia sześć ofert na czterdzieści miejsc 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 odłączenia
Kryteria niecenowe	68,000	46,546	68,000	57,364
Kryteria cenowe	20,000	10,000	20,000	20,000
	88,000	56,546	88,000	77,364

Odnosnie pytania dotyczacego oceny oferty wg kryterium „Jakości”, „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 CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością za kryterium „Jakości” przedstawiała się następująco: personel – 18,182 pkt na 30 pkt możliwych do uzyskania (czas pracy lekarzy specjalistów jest powyżej 75% do 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni, w realizacji świadczeń nie uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50% czasu pracy poradni); 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 – 3 pkt na 3 pkt możliwe do uzyskania. Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Jakość” 36,182 pkt na 48 pkt możliwych do uzyskania.

Punktacja oferenta CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością za kryterium „Dostępności” przedstawiała się następująco: dostęp dla osób

niepełnosprawnych ruchowo – 5 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania; harmonogram pracy komórki organizacyjnej – 4 pkt na 10 pkt możliwych do uzyskania (poradnia czynna powyżej 24h do 36h włącznie). Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Dostępność” 9 pkt na 15 pkt możliwych do uzyskania.

Punktacja oferenta CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością za kryterium „Kompleksowości” przedstawiała się następująco: 1,364 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania (oferent zapewnia dostęp do wykonania świadczeń (lub możliwość wykonania w lokalizacji): echokardiografia przezprzełykowa lub echokardiografia obciążeniowa, natomiast nie zapewnia możliwości kontroli urządzeń wszczepialnych serca zgodnie z warunkami rozporządzenia AOS - w lokalizacji, ani możliwość wykonania badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca - w lokalizacji). Łącznie oferta zdobyła za kryterium „Kompleksowość” 1,364 pkt na 5 pkt możliwych do uzyskania..

Łącznie oferta Odwołującego się za kryteria niecenowe otrzymała 46,546 pkt na 68 pkt możliwych do uzyskania.

Podkreślenia wymaga fakt, iż komisja konkursowa w ocenie oferty nie pominęła żadnego elementu ankiety, głównie dlatego, że taka ocena i automatyczne uszeregowanie ofert odbywa się za pomocą systemu komputerowego. Bezzasadny jest więc zarzut dotyczący pominięcia jakichkolwiek warunków z ankiety/oferty przy jej ocenie.

Wyjaśnienia wymaga również, iż oferta odwołującego się nie została odrzucona, co odbywa się na podstawie art. 149 ustawy o świadczeniach, na co wskazuje Oferent w odwołaniu, ale nie została wybrana w postępowaniu konkursowym.

Odnosząc się do zarzutu braku oceny ciągłości udzielania świadczeń, podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z Decyzją nr RWA - 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 r. Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (decyzja zamieszczona jest na stronie UOiKK: http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=590) Narodowy Fundusz Zdrowia nie może dodatkowo punktować stałości-ciągłości udzielania świadczeń w postępowaniach konkursowych. Faworyzowanie przez NFZ dotychczasowych świadczeniodawców, gwarantujące im dodatkowe punkty w ramach oceny ofert, zgodnie z w/w decyzją było sprzeczne z zasadami swobodnej i równej konkurencji. NFZ w wykonaniu powyższej decyzji zapłacił karę 1,14 mln zł.

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu liczba świadczeń wynosiła 569 143 pkt, a liczba 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, w szczególności obowiązek zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 1 lipca 2013r., 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.