

WO/ZRP – JWM/1259-D

Gdańsk, dnia 28 czerwca 2013 r.

Centrum Medyczne „Zaspa” Sp.z o.o.
ul. Burzyńskiego 1
80-462 Gdańsk**DECYZJA nr 535/2013****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” Sp. z o.o.

od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000616/AOS/02/1/1
w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
w zakresie: świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii
na obszar: miasto Gdańsk

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie *Centrum Medyczne „Zaspa” 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: położnictwo i ginekologia dla obszaru – miasto Gdańsk. Ogłoszenie określało wartość

zamówienia na kwotę nie wyższą niż 4 511 732,00 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

Zgodnie z ogłoszeniem, oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13.03.2013 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 42 oferty na 52 miejsca udzielania świadczeń, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego posiadała braki formalne, które zostały uzupełnione w dniu 12.04.2013r. Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 7 086 251,98 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 4 511 732,00 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z 37 oferentami na 49 miejsc udzielania świadczeń - Odwołujący się został zaproszony do negocjacji. Negocjacje dotyczyły ilości i ceny świadczeń.

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 29 oferentów na 39 miejsce udzielania świadczeń. Odwołującego się nie wybrano.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000616/AOS/02/1/1**. 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 dniu 27 czerwca br. Odwołujący się zapoznał się z dokumentacją w niniejszej sprawie i w zastrzeżeniach do protokołu wskazał na brak indywidualnej wyceny skarżącego w dokumentacji.

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

1

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 **Centrum medyczne „Zaspa” Sp. z o.o.** należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując 49 miejsce w rankingu, ale jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

W odwołaniu nie zostało wykazane 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 11-13-000616/AOS/02/1/1 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta **Centrum medyczne „Zaspa” 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 11-13-000616/AOS/02/1/1 złożono łącznie 42 oferty na 52 miejsca 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	Liczba punktów - oferent o max liczbie punktów	Liczba punktów - ostatni oferent nad linią odcięcia
Kryteria niecenowe	83,000	46,318	78,000	51,500
Kryteria cenowe	20,000	10,000	20,000	20,000
	103,000	56,318	98,000	71,500

Odnosząc się zaś do zarzutów wskazanych w odwołaniu wskazać należy, że negocjacje z prowadzone drogą telefoniczno- faksową były prowadzone z wieloma innymi oferentami, nie tylko z odwołującym się. Świadczeniodawcy, w dniu 11 czerwca 2013 r. przesłano zaproszenie do negocjacji z informacją, że negocjacje rozpoczęły się 10 czerwca 2013r. o godzinie 12:00. Otrzymanie zaproszenia na negocjacje w następnym dniu, w żaden sposób nie wpłynęło na ich przebieg, nie uniemożliwiło uczestniczenia w negocjacjach na równi z innymi oferentami. Oferent zaakceptował propozycję i odesłał podpisany protokół z negocjacji. Podkreślić należy, że oferenci, którzy zwrócili się z prośbą o przeprowadzenie negocjacji w siedzibie POW NFZ, w odpowiedzi na taki fax, byli na takie negocjacje zapraszani nawet bez uzgadniania konkretnego terminu. Podpisanie protokołu zbieżności nie oznacza faktycznego wyboru oferenta (w związku z zawartym w protokole zastrzeżeniem, że zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta, ani zakończenia negocjacji). Niepodpisanie protokołu zbieżności nie oznacza również automatycznego odrzucenia oferty. Informacja w drugiej części zastrzeżenia zawartego w protokole „nie zostaną wybrane”, dotyczy niepodpisania protokołu rozbieżności, który może być podpisany przez Komisję konkursową jednostronnie. Świadczeniodawca, który otrzymał zaproszenie do negocjacji drogą telefoniczno- faksową mógł takiej drogi negocjacji nie zaakceptować, zgłosić na otrzymanym piśmie za pośrednictwem fax-uwagi i zażądać spotkania negocjacyjnego/zwrócić się do Komisji konkursowej o wyznaczenie terminu negocjacji w siedzibie Pomorskiego OW NFZ, bądź też jak wielu innych oferentów, po prostu pojawić się w siedzibie POW NFZ.

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.

↓

Szczegółowa ocena oferty wyglądała następująco:

JAKOŚĆ

Lp.	Nazwa grupy pytań	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
1.1.1.1	PERSONEL	30,000	10	30	9,0909	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej?	Czas pracy powyżej 50% do 75% włącznie czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni
1.1.2.1	PERSONEL	3,000	3	30	2,7273	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy:	położna posiadająca dokument umiejętności opisany w kol. 8 zał. 3a do zarządzenia w sprawie określen
1.3.1.1	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	1	15	2,5000	Czy oferent zapewnia aparat do elektrokoagulacji - w miejscu?	Tak
1.3.1.2	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	0	15	0,0000	Czy oferent zapewnia aparat do krioterapii - w miejscu?	Nie
1.3.1.3	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	1	15	2,5000	Czy oferent zapewnia kardioklograf - w miejscu?	Tak
1.3.1.4	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	1	15	2,5000	Czy oferent zapewnia kolposkop z możliwością pobrania materiału do badań z oceną histopatologiczną -	Tak
1.3.1.5	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	0	15	0,0000	Czy oferent zapewnia mammograf - w lokalizacji?	Nie
1.3.1.6	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	0	15	0,0000	Czy oferent zapewnia ultrasonograf typu 3, umożliwiający badania USG w pełnym zakresie wraz z badani	Nie
1.4.1.1	WYBRANE PARAMETRY ARCHITEKTONICZNE I SANITARNE MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	4,000	4	15	15,0000	Czy oferent zapewnia gabinet diagnostyczno-zabiegowy, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 7 zarz	Tak, zapewniam gabinet diagnostyczno - zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy porad
1.5.1.1	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	3,000	3	3	3,0000	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Tak
1.6.1.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.2.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.2.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.2.3	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.2.4	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.3.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.3.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.4.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie
1.6.4.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające...	Nie

1.6.4.3	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego...	Nie
1.6.5.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego...	Nie
1.6.5.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego...	Nie
1.6.6.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego...	Nie
1.6.6.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego...	Nie

DOŚTĘPNOŚĆ

Lp.	Nazwa grupy pytań	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
1.2.1.1	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	10,000	4	10	4,0000	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	Powyżej 24 godzin do 36 godzin łącznie
1.7.1.1	DOŚTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	2,000	2	5	1,6667	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	Tak
1.7.1.2	DOŚTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	2,000	2	5	1,6667	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak
1.7.1.3	DOŚTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	2,000	2	5	1,6667	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig...	Tak

KOMPLEKSOWOŚĆ

Lp.	Nazwa grupy pytań	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
1.8.1.1	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL ŚW.W DANYM ZAKR., UWZGL.WSZEYKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.	3,000	0	5	0,0000	Czy oferent zapewnia wykonywanie amniopunkcji diagnostycznej z badaniem płynu owodniowego - w lokalizacji?	Nie
1.8.1.2	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL ŚW.W DANYM ZAKR., UWZGL.WSZEYKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.	3,000	0	5	0,0000	Czy oferent zapewnia możliwość wykonywania TK lub RM - w lokalizacji?	Nie

Podkreślić w tym miejscu należy, iż Komisja konkursowa, zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń, ceny za udzielane świadczenia. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent (ust. 7 art. 142). Przeprowadzenie negocjacji z oferentem co do ilości świadczeń i ceny za świadczenie (tylko tych elementów mogą dotyczyć negocjacje), nie zmieniło pozycji oferenta



w rankingu. Oferent otrzymał za ofertę cenową 10,000 pkt. Ostatni oferent wybrany przez komisję z rankingu otrzymał w ocenie 71,500 pkt.

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.

Podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z art. 142 w ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach ustalono dwie możliwości ustalenia liczby i ceny świadczeń w zawieranej umowie: poprzez proste przyjęcie oferty albo prowadzenie negocjacji. Należy przy tym zaznaczyć, że na gruncie ustawy modyfikacji doznaje wyrażona w art. 72 § 1 k.c. zasada, że jeżeli strony prowadzą negocjacje w celu zawarcia oznaczonej umowy, umowa zostaje zawarta, gdy strony dojdą do porozumienia co do wszystkich jej postanowień, które były przedmiotem negocjacji. Ustalenie ceny i liczby świadczeń w trakcie negocjacji, o których mowa w art. 142 ust. 6, lub proste przyjęcie oferty, a następnie ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania nie prowadzi do automatycznego zawarcia umowy docelowej, lecz do nawiązania przejściowego stosunku uzasadniającego tylko obowiązek zawarcia w dalszej kolejności takiej umowy. W wyniku przyjęcia oferty najkorzystniejszej dochodzi do zawarcia pomiędzy organizatorem przetargu (zamawiającym) a oferentem (wykonawcą) umowy stanowiącej rodzaj umowy przedwstępnej, uzasadniającej zastosowanie art. 389-390 k.c. Oczywiście jest stwierdzenie, że wybór świadczeniodawców, z którymi będą prowadzone negocjacje, nie może odbywać się dowolnie, lecz powinien nastąpić z poszanowaniem zasady równości świadczeniodawców. Oznacza to, że nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkimi świadczeniodawcami, lecz kwalifikacja do zaproszenia na negocjacje powinna odbyć się na podstawie liczby punktów uzyskanych przez ofertę danego świadczeniodawcy. (Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Pietraszewska-Macheta A. wyd. ABC 2010).

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu w niniejszym postępowaniu ilość świadczeń wynosiła 502 191,00 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 543 299,00 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 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.