

WO/ZRP –DML/1565-D

Gdańsk, dnia 7 sierpnia 2013 r.

LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.
Ul. Postępu 21C,
02-676 Warszawa**DECYZJA nr 581/2013****z dnia 7 sierpnia 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 zmianami), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:
LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.

od rozstrzygnięcia postępowania nr **11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1**

w rodzaju: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

w zakresie: Badania tomografii komputerowej dla obszaru powiatu gdańskiego, Gdańska, Sopotu

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie **LUX MED Diagnostyka Sp. z o.o.**
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

Uzasadnienie

W dniu 25 lutego 2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od 1 lipca 2013 r. do 30 czerwca 2016 r. w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – Ambulatoryjne Świadczenia Diagnostyczne Kosztochłonne (ASDK). W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Zgodnie z ogłoszeniem oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13 marca 2013 r., jednak ze względu na zgłaszane przez oferentów problemy z dokonywaniem zmian w „Portalu Świadczeniodawcy” termin składania ofert przesunięto na dzień 18 marca 2013 r., a termin otwarcia ofert zmieniono z 15 marca 2013 r. na 20 marca 2013 r.

Otwarcie ofert nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 20 marca 2013 r. W postępowaniu nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 wpłynęło 7 ofert na 11 miejsc realizacji świadczeń. Oferta odwołującego się wpłynęła w terminie tj. w dniu 18 marca 2013 r.

Oferta nie posiadała braków formalnych.

Oferent został wezwany do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Wyjaśnienia te złożył terminowo. Zgodnie § 6 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. **w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań**, w toku postępowania konkursowego: *„Komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy”*. Komisja przeprowadza kontrolę obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta. Z tego też względu w trakcie postępowania nie przeprowadzono kontroli u oferenta Lux-Med. Diagnostyka sp. z o. o.

W dniu 27.05.2013 r. zostały przeprowadzone negocjacje. Negocjowano ilość punktów i cenę. Negocjowane warunki zostały zawarte w protokole z negocjacji z dnia 27.05.2013 r. zawierającym klauzulę o treści: „Podpisanie protokołu negocjacyjnego **NIE** jest gwarancją wybrania oferty. Wynegocjowane warunki zostaną wzięte pod uwagę przy tworzeniu rankingu końcowego. Ranking tworzony jest na podstawie sumy punktów za kryteria niecenowe i punktów wynikających z ceny punktu.” Wynegocjowane warunki zostały zawarte w protokole końcowym, zawierającym klauzulę o treści: „Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do ilości i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.”

Oferent otrzymał za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 53,500 punktów - łącznie 73,500 punktów. W postępowaniu zostały wybrane do realizacji świadczeń zdrowotnych od 1 lipca 2013 r. cztery oferty (złożone przez dwóch świadczeniodawców

oferujących po dwa miejsca realizacji świadczeń), z których ostatnia uzyskała za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 57,667 punktów, łącznie 77,667 punktów.

Wartość postępowania nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 wynosiła 3 497 717,80 złotych. Planowana do zakupu liczba jednostek rozliczeniowych to 393 002. Ostatecznie zakupiono 424 711 jednostek rozliczeniowych na kwotę 3 397 688,00 złotych. Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone.

Postępowanie rozstrzygnięto w dniu 31 maja 2013 r. Zamieszczony w ogłoszeniu termin rozstrzygnięcia w dniu 28 maja 2013 r został przesunięty na 31 maja 2013 r. z powodu przedłużających się negocjacji z oferentami.

W dniu 06.06.2013r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1, w którym podnosi m.in.: ograniczenie dostępu świadczeniobiorcom do świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania wskutek niewybrania jego oferty oraz wskazuje na złe kryteria oceny kompleksowości świadczeń wskazujące jego zdaniem na rażącą niegospodarność Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego. Odwołujący zarzucił także nierówne traktowanie świadczeniodawców bowiem Pomorski Oddział Wojewódzki jest jedynym w Polsce Oddziałem przeprowadzającym konkurs ofert w połowie roku i to w sytuacji kiedy, według posiadanych przez odwołującego się informacji, przewidywane są zmiany przepisów w zakresie świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka zdrowotna.

W dniu 7 czerwca 2013 r., w trybie art. 10 kpa, odwołującemu się przedstawiono do wglądu dokumentację dotyczącą jego oferty i postępowania nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Decyzją nr 2013/369/DSOZ z dnia 17 lipca 2013 roku uchylił Decyzję nr 154/2013 Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 12 czerwca 2013 roku w całości i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania organowi I instancji.

W uzasadnieniu Prezes NFZ wskazał, że organ I instancji wydając wyżej przytoczoną Decyzję pozbawił Odwołującego możliwości właściwej realizacji jego uprawnień odzwierciedlonych w art. 10 §1 k.p.a oraz art. 73 §1 i §1 k.p.a a także organ I instancji wydający przytoczona Decyzję nie podjął wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, a to oznacza, że organ wydający decyzję nr 154/2013 w sposób wyczerpujący nie zebrał i nie rozpatrzył w całości materiału dowodowego w sprawie i nie wyjaśnił koniecznego zakresu sprawy mającego istotny wpływ na jej rozstrzygnięcie.

Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Gdańsku, kierując się wskazaniem organu II instancji, w dniu 26 lipca 2013 roku wystosował do Lux-Med. Spółka z o.o pismo o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów dotyczących postępowania konkursowego nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 w siedzibie Oddziału Funduszu w Gdańsku w terminie do dnia 31 lipca 2013 roku. W dniu 30 lipca 2013 roku odwołujący dokonał przeglądu dokumentacji z postępowania oraz oferentów Uniwersyteckie Centrum Medyczne w Gdańsku oraz Euromedic Diagnostics Polska spółka z o.o w siedzibie Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Gdańsku, przy ulicy Marynarki Polskiej 148. Odwołujący nie wniósł żadnych uwag do protokołu.

W dniu 31 lipca 2013 roku wpłynęło pismo, w którym oferent wnosi, że skoro decyzja Prezesa nr 2013/368/DSOZ uchyla decyzje Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ nr 154/2013 z dnia 12 czerwca 2013 roku, to należy rozważyć treść art. 154 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zmianami: *W przypadku uwzględnienia odwołania przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio art. 144 pkt 1 oraz art. 145.* Ponadto w swoim piśmie wskazuje on, że ponowne przeprowadzenie postępowania w trybie rokowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest obowiązkiem organu, a nie jego uprawnieniem.

Po ponownym rozpoznaniu odwołania oraz zarzutów podniesionych przez LUX-Med. w piśmie z 31 lipca 2013, 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, zaś odwołujący się, w oświadczeniu załączonym do oferty, oświadczył iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy, 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 NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z późniejszymi zmianami, 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. Komisja ma za zadanie uzyskanie jak najkorzystniejszych warunków u oferentów spełniających wymagania.

Odwołujący się w treści odwołania nie poruszył w jakikolwiek sposób kwestii nieprawidłowej oceny oferty, ani nie wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy.

Przepis ten stanowi, 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 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. Natomiast sposobem gwarantującym prowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji jest prowadzenie postępowania w taki sposób by nie dopuścić do przekazania, ujawnienia lub wykorzystania informacji stanowiących tajemnicę danego podmiotu - osobom trzecim. Należy dodatkowo mieć na uwadze, iż w myśl art. 138 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej - do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy o zamówieniach publicznych.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interes prawny świadczeniodawcy, którego oferta została odrzucona a więc wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa. Badając czy doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się organ rozpoznający odwołanie zobowiązany jest ustalić czy na

skutek naruszenia prawa nie nastąpił uszczerbek w możliwości uzyskania umowy nie zaś jakikolwiek uszczerbek w interesie prawnych oferenta. Oznacza to, że badaniu podlega czy naruszone zostały przez Komisję konkursową zasady postępowania, a więc konkretny przepis prawny, co mogłoby mieć wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń.

Dokonując zatem porównania ofert, w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta odwołaniem do organu I instancji, należy wskazać co następuje:

Oferta skarżącego oceniana była według takich samych kryteriów jak i 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 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 złożono łącznie siedem ofert na jedenaście 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 przedstawiała się następująco:

Tabela nr 1

	Pytanie	Pkt. MAX	UCK Smoluchowskiego	Euromedic Nowe Ogrody	Euromedic Polanki	UCK Dębinki	Lux Med. Wileńska
Jakość	JAKOŚĆ BADAŃ	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
	Czy oferent realizuje rocznie w pracowni co najmniej 5000 badań tomografii komputerowej (dotyczy badań wykonanych w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, także poza umową z NFZ)?	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
Jakość	WYNIKI KONTROLI PRZEPROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,333	0,000
	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)?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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 nleuzgodnioną z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

	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 udzielenie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielenie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	-0,333	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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 ?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	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?	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Jakość	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000	5,000
	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
	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?	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667	1,667
Dostępność	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000
Cena	CENA	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
Kompleksowość	ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ	15,000	15,000	15,000	15,000	15,000	10,500
SUMA		78,000	78,000	78,000	78,000	77,667	73,500

Należy zauważyć, że postępowanie o zawarcie umowy dzieli się na dwa etapy:

Pierwszy w którym zakłada się równość stron negocjujących warunki umowy z zastosowaniem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów ogólnych Kodeksu cywilnego oraz drugi, rozpoczynający się w momencie wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego i będący postępowaniem administracyjnym, które toczy się w oparciu o przepisy k.p.a. Szczegółowa analiza treści uzasadnienia decyzji Prezesa NFZ wskazuje, że zarzut rażącego naruszenia prawa przez organ I instancji dotyczył wyłączenie drugiego etapu postępowania o zawarcie umowy, czyli postępowania w oparciu o przepisy k.p.a. Organ II instancji za niezasadne uznał podnoszone przez odwołującego się zarzuty dotyczące naruszenia zasad postępowania konkursowego, czyli zarówno pracy Komisji konkursowej jak i jej rozstrzygnięcia. Uchylenie decyzji organu I instancji było, zdaniem Prezesa Funduszu, uzasadnione wyłącznie uchybieniami organu I instancji w trakcie postępowania odwoławczego i dlatego organ I instancji ponownie rozpatrując odwołanie Lux-Med. Kierował się wytycznymi zawartymi w uzasadnieniu decyzji Prezesa NFZ Zgodnie z art. 154 ust. 3 po rozpatrzeniu odwołania Dyrektor oddziału wydaje decyzję uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Analiza zarzutów podniesionych zarówno w odwołaniu jak i w stanowisku odwołującego się nie uzasadnia uwzględnienia odwołania.

Odnosząc się do zarzutu zmniejszenia dostępności do świadczeń w związku ze zmniejszeniem liczby miejsc udzielania świadczeń o jedno w stosunku do dotychczas istniejących uznać należy za nietrafny. O dostępności do świadczeń świadczy możliwość szybkiego skorzystania z tych świadczeń a nie ilość miejsc w których te świadczenia są udzielane. Organ I instancji uznał, że dostępność do świadczeń nie została zmniejszona skoro, zamiast planowanych 393 002 liczby punktów zakupione zostały 424 711 punktów - czyli ilość świadczeń które mogą być udzielone świadczeniobiorcom w ramach umów z NFZ zwiększyła się. Oceniając zarzut narażenia Funduszu na rażącą niegospodarność poprzez ustalenie kryteriów rankingujących za posiadanie wysokospecjalistycznego sprzętu w opozycji do ceny uznać należy za niezasadny. Wszyscy oferenci, których oferty zostały wybrane uzyskali, podobnie jak i odwołujący się, taką samą ilość punktów za kryterium cenowe. Oznacza to, że na ogólną ocenę ofert miał wpływ posiadany przez nich sprzęt wysokospecjalistyczny (nie wymagany ale rankingujący), którym odwołujący się nie dysponował.

Za niezasadny organ I instancji uznaje także zarzut przeprowadzania konkursu ofert w połowie roku 2013. Umowy ze świadczeniodawcami zawarte były na okres od 1 lipca 2010 r do 30 czerwca 2013 i w związku z tym że expirują w połowie roku przeprowadzenie konkursu było konieczne w celu zapewnienia świadczeń dla osób uprawnionych.

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.

Malgorzata Puszkowicz
p.o. DYREKTORA
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Pouczenie

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 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.