WO/ZRP – DML/1566-D

Gdańsk, dnia 7 sierpnia 2013 r.

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ETER-MED Sp. z o.o.
ul. Żabi Kruk 10
80-822 Gdańsk

DECYZJA nr 582/2013

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:

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ETER-MED 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 **Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED 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

www.nfz.gov.pl | Pomorski Oddział Wojewódzki, ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk
tel.: 058 751 25 00, fax: 058 751 25 16, e-mail: sekretariat@nfz-gdansk.pl

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 wpłynęły oferty 7 oferentów na 11 miejsc realizacji świadczeń. Oferta odwołującego się wpłynęła w dniu 18 marca 2013 r.

Oferta nie miała braków formalnych.

Pismem z dnia 19 kwietnia 2013 r. komisja konkursowa wezwała oferenta do wykazania dokładnej liczby badań tomografii komputerowej wykonywanych rocznie w pracowni. W wyniku zapytania oferent zmienił odpowiedź w ankiecie wyjaśniając iż: *„odpowiedź w ankiecie jest wynikiem omyłki pisarskiej i błędnej interpretacji osoby sporządzającej ankietę. Zamiast słowa **realizuję** zrozumiała **zrealizuję**"*. W wyniku wyjaśnień skorygowano odpowiedź w Ankiecie.

Oferent został również wezwany do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Wyjaśnienia te złożył terminowo.

Nie przeprowadzano kontroli oferenta. Kontrole były przeprowadzane u oferentów, którzy nie mieli do tej pory zawartych w danym zakresie umów z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku.

Oferent złożył wniosek o negocjacje ceny w zakresie badań tomografii komputerowej. Odbyły się one w dniu 28 maja 2013 r. Negocjowano ilość punktów i cenę. Negocjowane warunki zostały zawarte w protokole 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. Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu.".

Oferent przyjął ofertę POW NFZ w Gdańsku podpisując protokół z negocjacji oraz protokół końcowy z negocjacji, zawierający klauzulę: „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." Zaproponowana przez oferenta w toku negocjacji cena świadczeń spowodowała, że otrzymał on za nią maksymalną do uzyskania liczbę punktów. Dalsze obniżanie przez niego ceny nie wpłynęłoby na wzrost liczby

uzyskanych za to kryterium punktów, a nawet nasunęłoby podejrzenia o oferowanie ceny rażąco niskiej.

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.

Oferent otrzymał za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 33,500 punktów - łącznie 53,500 punktów. Jego oferta nie została wybrana. W postępowaniu zostały wybrane do realizacji świadczeń zdrowotnych od 1 lipca 2013 r. cztery oferty (złożone przez dwóch świadczeniodawców), 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.

W dniu 7 czerwca 2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania. Podnosi w nim, że wyniki postępowania konkursowego nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 są niezgodne z zasadami równego traktowania świadczeniodawców, uczciwej konkurencji, dbałości o dobro pacjenta, ekonomiki świadczeń, poszanowania interesów prawnych i finansowych świadczeniodawców oraz z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W dniu 11 czerwca 2013 r. odwołujący się złożył uzupełnienie do swojego odwołania wnosząc o zawieszenie postępowania odwoławczego do czasu przeprowadzenia kontroli u oferentów, których oferty zostały wybrane do udzielania świadczeń oraz o wykonanie przez komisję konkursową czynności uzupełniających postępowanie konkursowe.

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

W dniu 13 czerwca 2013 r. odwołujący się złożył kolejne uzupełnienie do odwołania podważając po raz kolejny możliwość wykonania rankingującej liczby badań tomografii komputerowej przez jednego z wybranych w konkursie oferentów.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Decyzją nr 2013/376/DSOZ z dnia 18 lipca 2013 roku uchylił Decyzję nr 163/2013 Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 14 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 przytoczoną Decyzję nie podjął wszelkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego, a to oznacza, że organ wydający decyzję nr 163/2013 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 w dniu 26 lipca 2013 roku wystosował do N ZOZ Eter Med pismo o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów dotyczących postepowania 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. Oferent nie skorzystał z tej możliwości i nie wypowiedział się.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego oraz treścią zarzutów podniesionych w odwołaniu, Dyrektor POW NFZ, uwzględniając wskazania organu II instancji zawarte w uzasadnieniu decyzji, 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 postepowania 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 nie została wybrana 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 postepowania, a więc konkretny przepis prawny, co mogłoby mieć wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń.

Dokonując zatem porównania ofert, w trakcie postepowania 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 sama ilość punktów.

Ocena ofert wybranych przedstawiała się następująco:

Tabela nr 1

	Pytanie	Pkt. MAX	UCK Smoluchowskiego	Euromedic Nowe Ogrody	Euromedic Polanki	UCK Dębinki	ETER-MED Jaskółcza
Jakość	JAKOŚĆ BADAŃ	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	0,000
	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	0,000
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 udzielania 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 nieuzgodnioną 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 udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie 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 udzielanie 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 udzielanie 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 udzielanie 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 udzielanie 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 PREACY 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**	**53,500**

W tym miejscu trzeba zwrócić także uwagę na następujące fakty:

10 czerwca 2013 roku Oferent złożył w Pomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia wniosek o ujawnienie dokumentacji zgromadzonej w postępowaniu konkursowym nr 11-13-000579/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 dotyczącej oferentów: Uniwersyteckie Centrum Medyczne w Gdańsku oraz Euromedic Diagnostics p z o.o w trybie przepisów art.2 ust. 1 oraz art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 06 września 2001 roku o dostępie do informacji publicznej.

Pismem z 20 czerwca 2013 roku Oddział Funduszu poinformował wnioskodawcę o konieczności wniesienia opłaty z tytułu poniesionych kosztów oraz że kopie dokumentów znajdują się w siedzibie pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Gdańsku, przy ulicy Marynarki Polskiej 148 i zostaną wydane osobie upoważnionej.

1 lipca 2013 roku upoważniony **przedstawiciel N ZOZ Eter-Med odebrał żądane dokumenty.** Były to te same dokumenty z jakimi odwołujący mógł był się zapoznać do 31 lipca 2013 .

Odnosząc się do zarzutu podniesionego w odwołaniu oraz w uzupełnieniu do odwołania należy zauważyć co następuje: wszyscy oferenci, którzy złożyli swoje oferty w niniejszym postępowaniu złożyli również oświadczenia dotyczące ilości świadczeń udzielonych rocznie. Oświadczenia te były składane pod rygorem odrzucenia oferty. Wyjaśnić należy, iż pytanie w Ankiecie dotyczyło ilości wszystkich świadczeń, które są rocznie udzielane przez oferenta w danym rodzaju. Ilość ta obejmowała zarówno badania wykonane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i poza tą umową. Komisja konkursowa wzywała oferentów do określenia dokładnej liczby badań wykonywanych rocznie w pracowni. Pismo z takim wezwaniem otrzymał również odwołujący się. Komisja korzystała również z informacji zawartych w zasobach systemu informatycznego Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Organ nie znalazł również podstaw do zawieszenia postępowania w niniejszej sprawie. Zawieszenie postępowania zagraża interesowi społecznemu ze względu na fakt, że nierozstrzygnięte odwołania wstrzymują możliwość zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co uniemożliwia lub znacznie utrudnia dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom.

Świadczenia w tym zakresie zostały 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.

p.o. DYREKTORA
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Małgorzata Paszkowicz

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 zmianami), 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.