

WO/ZRP - 161 - D

Gdańsk, 6 marca 2013 r.

Mammo-Med. sp. z o.o.
NZOZ Mammo - Med. Centrum Diagnostyki
i Usług Medycznych
ul. Schuberta 104
80-172 Gdańsk**DECYZJA nr 15/2013****z dnia 6 marca 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 (Dz. U. Nr 210; poz. 2135 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Mammo-Med sp. z o.o.**NZOZ Mammo-Med. Centrum Diagnostyki i Usług Medycznych**od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-11-0000036/PRO/10/1/10.7940.157.02/1**

w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne

w zakresie: program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy dla obszaru: powiat nowodworski

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie Mammo-Med. sp.z o. o. NZOZ Mammo-Med. Centrum Diagnostyki i Usług Medycznych
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

Uzasadnienie

W dniu 15 września 2010 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2011 w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 6 października 2010r., otwarcie nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 11 października 2010r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Oferta nie posiadała braków formalnych.

Kontrola oferenta, przeprowadzona w dniu 20.10.2010 potwierdziła zgodność danych dotyczących wykazanych mammografów i pozostałego sprzętu ze złożoną ofertą.

W dniu 18.11.2010 r. oferent został zaproszony na negocjacje w zakresie program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy. Negocjowano ilość punktów. Wynegocjowane 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 otrzymał za kryteria cenowe 30,000 punktów, za kryteria niecenowe 53,333 punktów - łącznie 83,333 punktów. W postępowaniu zostały wybrana jedna oferta do realizacji świadczeń zdrowotnych od 01.01.2011 do 31.12.2013, która uzyskała za kryteria cenowe 30,000 punktów, za kryteria niecenowe 55,833 punktów, łącznie 85,833 punktów. Jego oferta nie została wybrana. Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone.

W terminie przewidzianym w art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-11-000036/PRO/10/1/10.7940.157.02/1.**

Decyzją nr 350/2010 z dnia 3 grudnia 2010 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia. Od decyzji powyższej oferent wniósł odwołanie zarzucając naruszenie art. 10 KPA oraz art. 74 § 2 KPA poprzez ograniczenie dostępu do akt sprawy a także naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach poprzez naruszenie zasady równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy.

Prezes Funduszu decyzją nr 2011/216/DSOZ z dnia 08 marca 2011 r oddalił odwołanie oferenta nie dopatrując się naruszenia powyższych przepisów. Na decyzję organu II instancji oferent złożył skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego wnioskując o jej uchylenie jak również o uchylenie poprzedzającej ją decyzji organu I instancji.

Wyrokiem z dnia 13 października 2011 r w sprawie VI SA/Wa 1090/11 WSA w Warszawie uchylił obydwie decyzje uznając trafność zarzutów naruszenia przepisów postępowania w stopniu mającym istotny wpływ na wynik sprawy.

Zdaniem WSA w trakcie postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek oferenta (z chwilą złożenia przez niego odwołania) organ jest zobowiązany wyjaśnić i uzasadnić dlaczego jeden z oferentów otrzymał podaną przez komisję konkursową ilość punktów. Dla wykazania i uzasadnienia prawidłowego rozstrzygnięcia konkursu konieczne jest, zdaniem Sądu, przeprowadzenie analizy porównawczej oferty skarżącej w relacji do oferty podmiotów, które konkurs wygrały i przedstawienie tej analizy w uzasadnieniu decyzji co do każdego z kryteriów ocen.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego zawartymi w wyroku z dnia 27.10.2011 r decyzją nr 30/2012 ponownie oddalił odwołanie oferenta. Od decyzji Dyrektora w przewidzianym przez ustawę terminie oferent wniósł kolejne odwołanie na skutek którego Prezes decyzją nr 2013/123/DSOZ z dnia 19.02.2013 uchylił decyzję Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Uwzględniając wskazania zawarte w decyzji Prezesa Dyrektor ustalił i zważył co następuje:

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 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13.11.2009r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w

postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zmienionym zarządzeniem Nr 85/2009/DSOZ Prezesa NFZ) 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 wynegocjowanie 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 o 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. W tej sytuacji nie można nawet w drodze analogii stosować „wypracowanego” orzecznictwa w przedmiocie zamówień publicznych. Aktami sprawy administracyjnej są zatem jedynie te dokumenty, które dotyczą strony postępowania administracyjnego wszczętego złożonym przez oferenta odwołaniem, które skierował on do organu I instancji a nie pozostałe oferty podmiotów uczestniczących w konkursie ofert, dlatego w ocenie organu brak podstaw do uwzględnienia wniosku oferenta o udostępnienie mu ofert pozostałych świadczeniodawców.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interes prawny świadczeniodawcy, którego oferta nie

została wybrana i jedynie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.

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

Ocenić 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 natomiast część ma charakter tzw. rankingujący co oznacza że w przypadku ich spełnienia oferta uzyskuje wyższą punktację. W postępowaniu nr 11-11-0000036/PRO/10/1/10.7940.157.02/1 złożono łącznie 5 ofert. 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		Mammo-Med.
ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	10,000	10,000	10,000
Czy świadczenia są udzielane przez lekarza specjalistę radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki z udokumentowanym doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (co najmniej 2 lekarzy), przy czym każdy z lekarzy ocenia co najmniej 500 mammografii skryningowych rocznie?	2,500	2,500	2,500
Czy w realizacji świadczeń uczestniczy technik elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz z udokumentowanym doświadczeniem w wykonywaniu mammografii (wykonywanie co najmniej 1000 mammografii rocznie)?	2,500	2,500	2,500
Czy oferent zapewnia sprzęt i aparaturę o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi*?	2,500	2,500	2,500
Czy oferent spełnia wymagania w zakresie kontroli jakości, określone w pkt. E Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 140, poz. 1148)?	2,500	2,500	2,500
DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	5,000	3,333	3,333
Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,667	0,000	1,667
Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,667	1,667	0,000
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
PERSONEL	25,000	25,000	25,000
Czy świadczeń udziela lekarz specjalista w dziedzinie radiologii?	19,231	19,231	19,231
Czy w realizacji świadczeń uczestniczy technik elektroradiologii po szkoleniu w zakresie kontroli jakości prowadzonym przez	5,769	5,769	5,769

PLTR lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez PLTR lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez PLTR?			
SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	15,000	15,000	15,000
Czy oferent zapewnia mammograf spełniający warunek: prawidłowe wyniki testów specjalistycznych?	15,000	15,000	15,000
ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	5,000	2,500	0,000
Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	2,500	0,000	0,000
Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	2,500	2,500	0,000
CENA	30,000	30,000	30,000
Suma punktów	90,000	85,833	83,333

Na potwierdzenie prawdziwości powyższych danych zawartych w Tabeli oferentowi, w trybie art. 10 KPA, zgodnie ze stanowiskiem Prezesa przedstawionym w decyzji nr 2013/123/DSOZ, okazano również oferty złożone przez świadczeniodawców wybranych w Konkursie.

Odnosząc się natomiast do zarzutu podniesionego przez oferenta w przedmiocie braku w Protokole Komisji konkursowej uzasadnienia dla przeprowadzenia kontroli/wizytacji konkursowej jedynie wrywkowo tj. nie u wszystkich świadczeniodawców należy uznać ten zarzut za bezzasadny. Zasady postępowania Komisji konkursowej w zakresie przeprowadzania kontroli u oferentów są uregulowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 15.12. 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 (Dz. U. z dnia 27 grudnia 2004 r.). Komisja podejmuje w tym zakresie decyzję autonomiczną i co do zasady kontroluje przede wszystkim oferentów, którzy złożyli oferty na dany rodzaj/zakres świadczeń po raz pierwszy

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.

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.

D Y R E K T O R
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Barbara Kawińska