

WO/ZRP – PS/1646-D

Gdańsk, dnia 16 września 2013 r.

**Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha**  
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Al. Jana Pawła II 50**  
**80-214 Gdańsk**

**DECYZJA nr 594/2013**  
**z dnia 16 września 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:

**Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,**  
**Al. Jana Pawła II 50, 80-214 Gdańsk**

**kod rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000300/AOS/02/1/02.1100.001.02/1**

**w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

**w zakresie: kardiologii**

**na obszar: m. Gdańsk**

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Gdańsku

## 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 od dnia 01.07.2013 r. do dnia 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: kardiologii dla obszaru – m. Gdańsk. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 5.065.372,70 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013 r. do 31.12.2013 r. 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 26 ofert na 40 miejsc udzielania świadczeń, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała następujące braki formalne, do których uzupełnienia oferent został wezwany:

1. Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem § 13 ust. 1 pkt 8 szczegółowych warunków postępowania; oferent może złożyć umowę przedwstępną lub inny dokument - w tym także oświadczenie oferenta - stwierdzający, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem § 13 ust. 1 pkt 8 szczegółowych warunków postępowania.

Braki formalne zostały uzupełnione w terminie, tj. w dniu 12.04.2013 r. W trakcie postępowania nie przeprowadzono kontroli oferenta.

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 18 oferentami (26 miejsc udzielania świadczeń) na łącznie 40 miejsc udzielania świadczeń zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania. Komisja Konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z wybranymi oferentami, których łączna ocena oferty była najwyższa pod względem kryteriów niecenowych – do negocjacji kwalifikuje się oferentów licząc kolejno od najwyższej

oceny, a tym samym gwarantuje możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia. Negocjacje dotyczyły ilości i ceny świadczeń.

Oferta Odwołującego się nie została zakwalifikowana do negocjacji z uwagi na zbyt niską ocenę za kryteria niecenowe tj. 49,818 pkt. Oferta z najniższą liczbą punktów za kryteria niecenowe zakwalifikowana do negocjacji otrzymała 57,364 pkt. W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano 18 ofert na łącznie 26 miejsc udzielania świadczeń. Oferta Odwołującego się nie została wybrana.

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 rozstrzygnięcia w części dotyczącej niewybrania oferty w ostatecznym rozstrzygnięciu postępowania zarzucając komisji konkursowej:

- naruszenie art. 134 poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nieprowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- naruszenie art. 142 ust. 5 poprzez nie dokonanie wyboru oferty pomimo zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowości i dostępności,
- naruszenie art. 142 ust. 6 poprzez nie prowadzenie negocjacji w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie w wyniku tych negocjacji oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- naruszenie art. 148 poprzez nie dokonanie wyboru oferty Skarżącego w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielania świadczeń, jak również w związku z nie przeprowadzeniem negocjacji w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- naruszenie art. 73 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (k.p.a) poprzez ograniczenie w toku postępowania dostępu strony do wglądu w akta sprawy, co uniemożliwiło jej wypowiedzenie się (złożenie odwołania) w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy w postępowaniu konkursowym,
- naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 nr 157 poz. 1240) poprzez nieprzestrzeganie zasady gospodarności w przyznawaniu

środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służącychosiągnięciu założonych celów.

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.

Odwołujący skorzystał z prawa do zapoznania się z dokumentacją postępowania w dniu 21.06.2013 r., nie wniósł uwag. Do wglądu przekazano:

- ofertę nr 1-13-000300/AOS/02/1/02.1100.001.02/1/5/0402;
- ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);
- protokół z posiedzenia komisji – podsumowanie postępowania.

Decyzją nr 497/2013 Dyrektor Pomorskiego oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia. Od powyższej decyzji oferent w dniu 04.07.2013 r. wniósł odwołanie do Prezesa NFZ zarzucając naruszenie:

1. art. 107 § 1 ustawy kodeks postępowania administracyjnego (kpa) poprzez naruszenie wymogów przewidzianych dla elementów obligatoryjnych decyzji,
2. art. 108 kpa. poprzez uznanie, że w niniejszej sprawie zachodzi konieczność nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności, w sytuacji gdy istniały inne narzędzia umożliwiające zabezpieczenie świadczeniobiorców w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej,
3. art. 73 § 1 kpa poprzez ograniczenie w toku postępowania dostępu strony wglądu w akta sprawy, co uniemożliwiło jej wypowiedzenie się (złożenie odwołania) w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy w postępowaniu konkursowym,
4. naruszenie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się i nieprowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
5. art. 152 ust 1 ustawy poprzez przyjęcie, że w treści odwołania od decyzji Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Odwołujący się nie wykazał uszczerbku w swym interesie prawnym,

6. naruszenie art. 142 ust. 5 poprzez nie dokonanie wyboru oferenta pomimo zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowości i dostępności,
7. naruszenie art. 142 ust. 6 poprzez nie przeprowadzenie negocjacji w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie w wyniku tych negocjacji oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
8. naruszenie art. 148 poprzez nie dokonanie wyboru oferty Skarżącego w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielania świadczeń, jak również w związku z nie prowadzeniem negocjacji w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
9. naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 nr 157 poz. 1240) poprzez nieprzestrzeganie zasady gospodarności w przyznawaniu środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Prezes Funduszu decyzją Nr 2013/392/DSOZ z dnia 29.07.2013 r. uwzględnił odwołanie i uchylił decyzję Nr 497/2013 Dyrektora POW NFZ, uznając trafność zarzutów dot. naruszenia przepisów postępowania w stopniu mającym istotny wpływ na wynik sprawy.

W ocenie Prezesa Funduszu organ I instancji, wydając zaskarżoną decyzję, rażąco naruszył w szczególności art. 10 i 73 kpa. nie umożliwiając skarżącemu zapoznanie się ofertami konkurencyjnymi pomimo iż odwołujący wniosek taki złożył. Zdaniem Prezesa Funduszu organ I instancji powinien okazać odwołującemu pełne akta sprawy, obrazujące przebieg postępowania konkursowego, w tym także dokumentację dotyczącą ofert podmiotów konkurencyjnych wobec odwołującego się. Przy czym dokumentacja ta powinna być udostępniona w warunkach i formie, która nie doprowadzi do naruszenia przepisów prawa powszechnie obowiązującego w szczególności zakazujących przekazywania danych wrażliwych prawnie chronionych jak też naruszających przepisy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o art. 10 kpa umożliwił odwołującemu się zapoznanie z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla odwołującego.

Po zapoznaniu się w dniu 19.08.2013 r. z dokumentacją w trybie art. 10 kpa Odwołujący wniósł pismem z dnia 20.08.2013 r. następujące zastrzeżenia:

- 1) naruszenie przepisu §14 ust. 1 w związku z §2 pkt 5 i 6 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16.09.2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez ocenianie ofert złożonych przez oferentów: Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o. o., Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED. Sp. z o. o. oraz Iwonę Goworowską-Szymula w zakresie poszczególnych miejsc udzielania świadczeń jako odrębne oferty w przypadku każdego z oferentów;
- 2) nieudostępnienie pełnej dokumentacji postępowania;
- 3) nieprowadzenie negocjacji przez POW NFZ.
- 4) naruszenie §1 ust 1 pkt 1, 2, 3 Zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.09.2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez nieprawidłową ocenę kryterium: „jakość badań”, „kompleksowość” i „dostępność”.

Rozpoznając ponownie odwołanie złożone przez Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gdańsku, Dyrektor POW NFZ stwierdza, że:

**Odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.**

Odwołujący się w treści odwołania wskazał na naruszenie interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy. Przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach 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, 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 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 postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.

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

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 z dnia 15.03.2013 r. załączonym do oferty, oświadczył, iż zapoznał się warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń, oraz że przyjmuje je do stosowania. 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 łącznie 26 ofert na 40 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 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	68,000	49,818	66,000	57,364
Kryteria cenowe	20,000	14,944	20,000	20,000
Razem	88,000	64,762	86,000	77,364



Szczegółowa ocena ofert wybranych i odwołującego się przedstawiała się następująco:

oferent/l.p.	Punkty za ofertę cenową	Punkty ciągłość	Punkty kompleksowość	Punkty jakość	Punkty dostępność	Punkty pozostałe	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
Iwona Goworowska-Szymula	20,000		5,000	48,000	15,000		68,000	88,000
Iwona Goworowska-Szymula	20,000		3,636	48,000	15,000		66,636	86,636
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	20,000		5,000	48,000	13,000		66,000	86,000
Iwona Goworowska-Szymula	20,000		2,727	48,000	15,000		65,727	85,727
Iwona Goworowska-Szymula	20,000		1,364	48,000	15,000		64,364	84,364
Iwona Goworowska-Szymula	20,000		2,727	48,000	13,333		64,060	84,060
Iwona Goworowska-Szymula	20,000		2,727	48,000	13,333		64,060	84,060
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Morena" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		2,727	48,000	13,000		63,727	83,727
Spoleczna Fundacja Solidarności	20,000		2,727	45,000	15,000		62,727	82,727
Iwona Goworowska-Szymula	20,000		1,364	48,000	13,333		62,697	82,697
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "STOGI" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	48,000	13,000		62,364	82,364
Pomorskie Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku	20,000		5,000	48,000	9,000		62,000	82,000
Zakład Opieki Zdrowotnej Trójmiejskie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	45,000	15,000		61,364	81,364
"INTERMEDICA LOGISTIC" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	45,000	15,000		61,364	81,364
"Gdańskie Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	48,000	11,333		60,697	80,697
Falck Medycyna Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		2,727	48,000	9,000		59,727	79,727
Zakład Opieki Zdrowotnej "BaltiMed" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		2,727	48,000	9,000		59,727	79,727
"Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	38,909	15,000		58,909	78,909
"Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	38,909	15,000		58,909	78,909
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej-Przychodnia Mickiewicza Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	48,000	9,000		58,364	78,364
SWISSMED Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna	20,000		1,364	48,000	9,000		58,364	78,364
"REMED+LECTUS" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	48,000	9,000		58,364	78,364
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne VII Dwór Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		3,636	45,000	9,000		57,636	77,636
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	43,000	13,000		57,364	77,364
Wojewódzkie Centrum Onkologii	20,000		1,364	43,000	13,000		57,364	77,364
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		1,364	43,000	13,000		57,364	77,364
LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		0,000	45,000	9,000		54,000	74,000
Przychodnia Lekarska NOWY CHEŁM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	15,618		1,364	48,000	7,333		56,697	72,315
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	17,865		1,364	43,000	6,000		50,364	68,229
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	12,247		1,364	48,000	6,000		55,364	67,611
Przychodnia Lekarska NOWY CHEŁM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	17,865		0,000	40,000	9,000		49,000	66,865
Centrum Medyczne - KARDIORYTM Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Spółka komandytowa	10,000		2,273	40,000	13,000		55,273	65,273
Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha SPZOZ	14,944		5,000	29,818	15,000		49,818	64,762
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	11,124		1,364	43,000	9,000		53,364	64,488
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	16,629		5,000	29,818	13,000		47,818	64,447
"Przychodnia Wassowskiego" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		0,000	38,000	6,000		44,000	64,000

7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Imienia Kontradmirala Profesora Wiesła	18,989		1,364	29,818	13,000		44,182	63,171
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	12,247		1,364	42,667	6,000		50,031	62,278
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Gdańsku	12,247		5,000	29,818	13,000		47,818	60,065
CENTRUM MEDYCZNE "ZASPA" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	10,000		1,364	36,182	9,000		46,546	56,546

Oferta odwołującego się nie została wybrana z powodu zbyt niskiej liczby punktów w ocenie. Oferent otrzymał za kompleksowość 5,000 pkt, za jakość 29,818 pkt, za dostępność 15,000 pkt.

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu ilość świadczeń wynosiła 569.143 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 631.637 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

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 należy, iż ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów.

Zgodnie 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.

Podkreślić w tym miejscu należy, iż Komisja konkursowa, zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach 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 zmieniłoby pozycji oferenta w rankingu. Ostatni oferent wybrany przez komisję z rankingu otrzymał w ocenie 77,364 pkt. Zaznaczyć należy, iż samo prowadzenie negocjacji nawet zakończone w sposób pozytywny tzn. uzgodnienie liczby i ceny świadczeń, nie stanowi gwarancji wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Komisja dokonała wyboru oferentów do negocjacji zgodnie z pozycją w rankingu, tzn. tych których oferta została

komputerowo oceniona i uszeregowana, do wyczerpania kwoty zamówienia określonej w ogłoszeniu.

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. Oczywistością 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).

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](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.

Zarzut dotyczący naruszenia w postępowaniu art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, bez wskazania na czym to naruszenie polegało, uznać należy za bezzasadny. W ocenie POW NFZ, komisja konkursowa prowadząc przedmiotowe postępowanie kierowała się zasadą gospodarności w przyznawaniu środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, przy uzyskiwaniu najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru

metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Podkreślenia wymaga bowiem, iż zawierając umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych Fundusz ma obowiązek kierować się przede wszystkim dobrem świadczeniobiorców i koniecznością zapewnienia im świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Wskazać również należy, iż zarzut dotyczący wymuszania przez Fundusz na pacjentach zmiany lekarzy jest bezzasadny. Warunki konkursu były znane oferentom przed przystąpieniem do postępowania konkursowego, wszyscy oferenci zapoznali się z nimi (złożyli takie oświadczenie), co w ocenie organu I instancji jest równoznaczne z ich akceptacją, skoro podjęli decyzję o złożeniu oferty i udziale w konkursie. Praktyka wskazuje, iż do każdego kolejnego konkursu przystępują nowi oferenci, którzy spełniają wysokie normy szeroko rozumianej jakości i dostępności, i którzy wygrywają w postępowaniach konkursowych. Podkreślić należy, iż Fundusz, kontraktując świadczenia zdrowotne dla świadczeniobiorców, nie powinien kierować się żywotnymi interesami Skarżącego i jego sytuacją finansową, ale przede wszystkim zapewnieniem świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na jak najwyższym poziomie.

W odniesieniu do zarzutów Odwołującego się, wniesionych po zapoznaniu się przez Odwołującego się z dokumentacją w trybie art. 10 kpa podmiotów konkurencyjnych, stwierdzić należy, co następuje:

A) Ocena ofert złożonych przez oferentów: Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o. o., Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED Sp. z o. o. oraz Iwona Goworowska-Szymula jako odrębne oferty, w przypadku każdego z oferentów.

Organ I instancji nie podziela przedstawionej przez Odwołującego się interpretacji dot. rozpatrywania oferty, uwzględniającej kilka miejsc udzielania świadczeń. Podobnie nie do zaakceptowania w świetle obowiązujących przepisów jest argumentacja Odwołującego się.

Każda oferta otrzymuje unikalny numer. Na podstawie §14 ust. 1 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16.09.2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z póź. zm., oferent może złożyć w danym postępowaniu jedną ofertę, co oznacza, że musi w niej zawrzeć oferowane przez siebie w dowolnej liczbie zarejestrowane miejsca udzielania świadczeń. Powyższe potwierdza §10 w/w zarządzenia, gdzie określono, że oferta zawiera m. in. wykaz miejsc udzielania świadczeń obejmujący również miejsca udzielania świadczeń podwykonawców, a także ofertę ilościowo – cenową dla przedmiotu postępowania i miejsc udzielania świadczeń. Umowa oparta jest na przepisach między innymi Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.08.81.484), gdzie wskazano, że świadczenia udzielane są w miejscu (gabiniecie, pracowni), które spełnia szereg wymogów określonych przez MZ. Umowa zawierana jest na określone miejsce wykonywania świadczeń, wobec powyższego złożenie oferty na kilka miejsc udzielania świadczeń nie stanowi oferty alternatywnej. Każde z miejsc udzielania świadczeń uwzględnione w ofercie jest oceniane odrębnie na podstawie osobnej oferty ilościowo-cenowej, harmonogramu dostępności profilu, zasobów, sprzętu oraz ankiety. Ustawodawca w art. 142 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. wskazuje, że w przypadku gdy braki, o których mowa w ust. 1, dotyczą tylko części oferty, ofertę można odrzucić w części dotkniętej brakiem. W protokole z posiedzenia komisji w części niejawniej znajduje się informacja o wybranych ofertach bez sprecyzowania, które miejsca udzielania świadczeń wybrano. Jest to dokument tworzony na potrzeby komisji konkursowej.

Odwołujący w podpisanym oświadczeniu z dnia 15.03.2013 r. załączonym do oferty stwierdził, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń, oraz że przyjmuje je do stosowania. Odwołujący miał zatem pełną wiedzę o treści aktów prawnych mających zastosowanie podczas postępowania.

#### B) Nieudostępnienie pełnej dokumentacji postępowania

Prawo do informacji publicznej podlega ograniczeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej lub tajemnicę przedsiębiorstwa lub tajemnice przedsiębiorcy. Ustawodawca wymieniając tajemnicę przedsiębiorstwa, jako przesłankę ograniczenia dostępu do informacji publicznej, obok prywatności jednostki przypisał tej tajemnicy szczególną rangę, pozwalającą na jej porównanie z prawem do ochrony prywatności jednostki. Ustawodawca definiując „tajemnicę przedsiębiorstwa” w ustawie z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, wskazał w art. 11 ust.4, iż: przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co, do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności. Tym samym ustawodawca stworzył katalog otwarty zdarzeń mogących stanowić tajemnicę przedsiębiorstwa i których naruszenie karane jest odpowiedzialnością cywilną i karną.

Tajemnicę przedsiębiorcy w praktyce i orzecznictwie wyprowadza się z tajemnicy przedsiębiorstwa i choć pojęcia te w zasadzie się pokrywają zakresowo, to istnieją sytuacje, w których tajemnica przedsiębiorcy może być rozumiana szerzej niż tajemnica przedsiębiorstwa i dla których nie jest wymagane spełnienie przesłanki gospodarczej wartości informacji. Mając na

uwadze okoliczność, iż obowiązujące przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ograniczają się jedynie do podzielnia postępowania konkursowego na część jawną i część niejawną nie precyzując, jakie informacje i komu na poszczególnych etapach tego postępowania mogą być ujawnione oraz panujące wśród świadczeniodawców przekonanie o tajności danych ujawnionych w ofercie oraz przebiegu negocjacji – stworzyły, w braku wyraźnych przepisów prawa, zwyczaj, że pierwotna cena zaproponowana w ofercie, przebieg negocjacji tej ceny oraz informacje ujawniane w toku negocjacji są informacjami stanowiącymi tajemnicę przedsiębiorcy, co, do których, przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufnego charakteru.

Powyższe stało się podstawą do dokonania odmowy, na podstawie art. 2 ust. 1 w związku z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2011 r. o dostępie do informacji publicznej, udostępnienia odwołującemu się danych dotyczących pierwotnej ceny oferty oraz informacji z przebiegu negocjacji.

Podobnie nie zasługuje na uwzględnienie zarzut odwołującego się w przedmiocie odmowy udostępnienia danych osobowych lekarzy świadczących usługi u danego oferenta. W ocenie Organu I instancji, zgodnie z art. 1 ust 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych: każdy ma prawo do ochrony dotyczących go danych osobowych. Udostępnienie odwołującemu się żądanych w odwołaniu danych spowodowałoby naruszenie powszechnie obowiązującego prawa zakazującego udostępnienia tych danych bez ważnej podstawy prawnej zezwalającej na wyjątek od ogólnej reguły. Odwołujący się nie wskazał na żaden przepis prawa uzasadniający wyłączenie ochrony tych danych.

### C) Nieprowadzenia negocjacji przez POW NFZ.

Zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji konkursowej jest wybór najkorzystniejszych ofert (oferty), w ramach kwoty zamówienia. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Konkurs ofert nie stanowi również gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie jest też gwarancją jej zawarcia, a trybem wyboru oferentów celem zawarcia umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń.

Komisja konkursowa, zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach w części niejawniej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń i 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). W opisanym przypadku podjęto decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z

wybranymi oferentami, których łączna ocena oferty była najwyższa pod względem kryteriów niecenowych. Do przeprowadzenia negocjacji zaprosiła taką liczbę oferentów, która zapewniała możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej wartości, z uwzględnieniem pozycji w rankingu otwarcia. Oferta Odwołującego się nie została zakwalifikowana do negocjacji, z uwagi na zbyt niską ocenę za kryteria niecenowe tj. 49,818 pkt. Przeprowadzenie negocjacji z oferentem, co do ilości świadczeń i ceny za świadczenie (tylko tych elementów mogą dotyczyć negocjacje), nie zmieniłoby pozycji oferenta w rankingu. Ostatni oferent wybrany przez komisję otrzymał łączną ocenę oferty na poziomie 77,364 pkt, zatem złożone przez Odwołującego pismo z propozycją dot. obniżenia ceny za punkt i liczby punktów nie miałyby znaczenia przy wyborze ofert.

D) Naruszenie §1 ust 1 pkt 1, 2, 3 Zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.09.2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez nieprawidłową ocenę kryterium: „jakość badań”, „kompleksowość” i „dostępność”.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.09.2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn zm. 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.

Iwona Goworowska-Szymula w złożonej ofercie na pytanie 1.4.1.1 ankiety: „Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?” udzieliła twierdzącej odpowiedzi, dla każdego wskazanego miejsca realizacji świadczeń. Powyższe potwierdza wpis w Księdze Rejestrowej nr 000000012010, gdzie w rubryce 18 zawarto informację dot. wydania certyfikatu ISO 9001:2008 Nr: NC-2072 na zakres: specjalistyczna opieka kardiologiczna i endokrynologiczna dla podmiotu leczniczego: Iwona Goworowska – Szymula, która jako osoba fizyczna prowadzi przedsiębiorstwo – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „COR-GYN”, przy ul. Startowa 1, 80-461 Gdańsk, w ramach którego działają komórki organizacyjne pod różnymi adresami. Do oferty załączono również stosowny dokument ważny do 17.12.2015 r. przyznany przedsiębiorstwu podmiotu leczniczego: NZOZ COR-GYN ,

ul. Startowa 1, 80-461 Gdańsk. Wobec powyższego zarzut podniesiony przez Odwołującego dot. nieprawidłowego przyznania punktów w ramach kryterium „jakość” za posiadanie ISO w przypadku wszystkich miejsc udzielania świadczeń jest bezpodstawny.

Odnosząc się do zarzutu dot. przyznania dla w/w oferenta dodatkowej punktacji na podstawie twierdzącej odpowiedzi na pytanie 1.7.1.2 ankiety: „Czy oferent zapewnia możliwość wykonywania badań elektrokardiograficznych wysiłkowych serca w lokalizacji?” w zakresie miejsca udzielania świadczeń, przy ul. Legionów 58 w Gdańsku, to należy stwierdzić, iż powyższy warunek w/w oferent spełnił. W złożonej ofercie wymagany sprzęt znajduje się w lokalizacji tj. w komórce, przy ul. Legionów 60 w Gdańsku. Powyższe oferent potwierdził składając stosowne oświadczenie do oferty. Należy nadmienić, iż zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu MZ z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ze zmianami: „lokalizacja – to budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń.

W dniu 06.05.2013 r. Komisja konkursowa przeprowadziła kontrolę oferenta dot. miejsca udzielania świadczeń przy ul. Legionów 58 w Gdańsku, gdzie stwierdzono, iż poradnia mieści się na tzw. wysokim parterze, a oferent posiada schodolaz, czyli inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych. Powyższe potwierdza załącznik nr 25 – wyniki kontroli oferenta. Ponadto z załączonej do oferty Decyzji Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gdańsku z dnia 12.02.2013 r. wynika, iż Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „COR-GYN” spełnia wymagania Rozporządzenia MZ z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012 r. poz 739).

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. W sytuacji nieprzeprowadzenia kontroli Komisja konkursowa opiera się na danych i informacjach przekazanych w ofercie przez samych oferentów. Wszyscy oferenci w punkcie „13” złożonego Oświadczenia oferenta oświadczyli, że dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym.

Pani Iwona Goworowska-Szymula w złożonej ofercie wykazała dla każdego miejsca udzielania świadczeń tylko lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub hipertensjologii, zatem odpowiedź na pytanie 1.1.1.1 ankiety „Czas pracy równy 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni” jest prawidłowa. W ofercie nie figuruje Pani Iwona Goworowska-Szymula, jako personel deklarowany do realizacji świadczeń w tym zakresie.

Co do odpowiedzi twierdzących na pytanie 1.7.1.3 ankiety: „Czy oferent zapewnia dostęp do wykonania świadczeń (lub możliwość wykonania w lokalizacji): echokardiografia przezprzełykowa lub echokardiografia obciążeniowa?” złożonych przez oferentów Społeczna Fundacja Solidarności, Gdańskie Centrum Zdrowia Sp. z o. o., Falck Medycyna Sp. z o. o., niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej RET-MED. Sp. z o. o., Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne VII Dwor Sp. z o. o., Pomorskie Centrum Traumatologii im. Kopernika, Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „STOGI” Sp. z o. o. należy stwierdzić, iż każdy z oferentów deklarując zapewnienie dostępu do wykonywania w/w świadczeń poprzez zawarcie umowy podwykonawstwa musi mieć na uwadze, iż podwykonawca ten winien spełnić warunki wymagane do realizacji tych świadczeń wynikające z rozporządzenia MZ i zarządzenia Prezesa NFZ. Nadto każda z zawartych umów musi posiadać klauzulę o poddaniu się kontroli NFZ. Komisja konkursowa przy weryfikacji ofert na etapie postępowania konkursowego opiera się na oświadczeniach podpisanych przez oferentów, danych zawartych w formularzach ofertowych oraz załączonych dokumentach. Nie mniej jednak dokonano samej weryfikacji posiadania stosownych umów podwykonawstwa w tym zakresie, na etapie trwającego postępowania. Wszyscy oferenci w punkcie „13” złożonego Oświadczenia oferenta oświadczyli, że dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem faktycznym, zatem zarzut Odwołującego jest nieuzasadniony. Istnieje możliwość stwierdzenia nieprawdziwości danych zawartych w ofercie podczas kontroli realizacji umowy. Udowodnienie takich nieprawidłowości stanowi dopiero podstawę do rozwiązania umowy.

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.

  
p.o. D Y R E K T O R A  
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Malgorzata 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 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.