

**Uniwersyteckie Centrum Medycyny
Morskiej i Tropikalnej
ul. Powstania Styczniowego 9B
81-519 Gdynia**

DECYZJA nr 615/2013**z dnia 25 października 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 (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 164; poz. 1027 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni

od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1**

w rodzaju: rehabilitacja lecznicza

w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie **Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni**
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

Uzasadnienie

W dniu 22.03.2013r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 01.07.2013r. do 30.06.2016r. w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych na obszar - m. Gdańsk, m. Gdynia, m. Sopot oraz

grupę powiatów: gdański, malborski, nowodworski, sztumski. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 1.257.786,60 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 08.04.2013r., otwarcie nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 10.04.2013r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęło w terminie 7 ofert (1 oferta została odrzucona w toku postępowania). Wszystkie oferty zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała braki formalne polegające na braku nw. dokumentów:

- kopii zawartej umowy (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Oddziałem Funduszu.

Braki formalne usunięte zostały w wyznaczonym terminie tj. do dnia 16.04.2013r.

W dniu 31.05.2013 r. oferent został zaproszony na negocjacje w trybie telefoniczno/fax-owym na dzień 03.06.2013 r. Po rozmowie telefonicznej dotyczącej ewentualnych zmian oferty w zakresie ilości i ceny, oferent przysłał pismo (drogą fax-ową) o podtrzymaniu złożonej liczby świadczeń 225.700,00 punktów i cenie jednostkowej na poziomie 1,05 zł.

W związku z powyższym oferent otrzymał protokół końcowy z negocjacji z proponowaną przez siebie liczbą punktów i ceną. Protokół końcowy zawiera 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*”.

Wartość złożonych ofert w niniejszym postępowaniu spełniających warunki wymagane wynosiła 2.972.840,80 zł. W postępowaniu zostały wybrane 4 oferty do realizacji świadczeń zdrowotnych od dnia 01.07.2013 r., które otrzymały najwyższą ocenę punktową. Ostatnia z wybranych ofert uzyskała za kryteria cenowe 19,524 punktów, za kryteria niecenowe 32,000 punktów, łącznie 51,524 punkty. Oferent otrzymał za kryteria cenowe 10,000 punktów, za kryteria niecenowe 30,000 punktów – łącznie 40,000 punktów. Jego oferta nie została wybrana. Świadczenia w przedmiotowym zakresie zostały zabezpieczone.

W dniu 12 czerwca 2013r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1, w którym zarzuca naruszenie przez Fundusz następujących przepisów (zasad postępowania) skutkujących naruszeniem interesu prawnego Odwołującego się:

- art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz nieprowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- art. 142 ust. 5 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się, pomimo iż zapewniała ona ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność,
- art. 142 ust. 6 ustawy poprzez nieprzeprowadzenie z Odwołującym się negocjacji w zakresie ceny, co uniemożliwiło przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- art. 148 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielanych świadczeń, jak również w związku z nieprowadzeniem 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,
- art. 44 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) 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.

Decyzją nr 173/2013 z dnia 19 czerwca 2013r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia.

Od powyższej decyzji Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni wniosło dnia 27 czerwca 2013r. odwołanie do Prezesa NFZ zarzucając niniejszej decyzji:

- naruszenie art. 107 § 1 ustawy kodeks postępowania administracyjnego (dalej k.p.a.) poprzez naruszenie wymogów przewidzianych dla elementów obligatoryjnych decyzji.

- naruszenie art. 108 k.p.a. 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.
- naruszenie art. 73 § 1 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.134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz nieprzeprowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.
- naruszenie art. 142 ust. 5 ustawy poprzez nie dokonanie wyboru oferty Skarżącego, pomimo, że zapewniała ona ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność.
- naruszenie art. 142 ust. 6 ustawy poprzez prowadzenie negocjacji z złej wierze 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. 148 ustawy poprzez nie dokonanie wyboru oferty Odwołującego się w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielanych świadczeń, jak również w związku z prowadzeniem negocjacji w złej wierze 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. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) 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 2013/433/DSOZ z dnia 26 sierpnia 2013 r. uwzględnił odwołanie i uchylił decyzję nr 173/2013 Dyrektora POW NFZ, uznając trafność zarzutów

dotyczących 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 k.p.a. 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 k.p.a. umożliwił Odwołującemu się zapoznanie z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla Odwołującego się. Pismem z dnia 04.09.2013 r. Organ I instancji poinformował Odwołującego się o możliwości zapoznania się w dniach od 09.09.2013 r. do 11.09.2013 r. z ww. dokumentami.

Po zapoznaniu się z dokumentacją dotyczącą postępowania Odwołujący się złożył swoje stanowisko w sprawie (pismo z dnia 09.09.2013 r. stanowiące załącznik do protokołu z udostępnienia dokumentacji oraz pismo znak: Za-7/13/AŁ z dnia 13.09.2013 r.), w którym zarzuca:

- naruszenie przepisu art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2007.164.1027 z późn. zm.) w zw. z przepisem art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2013.217 z późn. zm.) w zw. z § 1 ust. 1 pkt 1 Zarządzenia 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 poprzez przyjęcie, iż Oferent Uniwersyteckie Centrum Kliniczne zapewnił udzielanie świadczeń przez lekarza specjalistę rehabilitacji oraz uczestnictwo psychologa w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego,
- naruszenie § 1 ust. 4 Zarządzenia 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 (z późn. zm.) poprzez przyznanie Oferentowi Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko Sopot” dodatkowej punktacji w zakresie kryterium ciągłość,

- naruszenie przepisu art. 77 w zw. z art. 7 k.p.a. poprzez niewyjaśnienie okoliczności towarzyszących złożeniu przez Oferenta Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko Sopot” porozumienia w przedmiocie kierowania pacjentów na rehabilitację, a także nieustaleniu, czy Oferent rzeczywiście spełniał powyższy warunek na dzień składania oferty,
- naruszenie przepisu art. 149 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2008.164.1027 z późn. zm.) w z w. z § 11 ust. 2 pkt 4 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez niewezwanie Oferenta Uniwersyteckie Centrum Kliniczne oraz Oferenta Romed Sp. z o.o. do uzupełnienia braków formalnych w postaci złożenia oferty na płycie opisanej zgodnie z wymogami.

Rozpoznając ponownie odwołanie złożone przez Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni 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 podstawę 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 lutego 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, którego oferta nie została wybrana, a więc jest 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, należy wskazać co następuje.

Prezes Funduszu przy określeniu kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców działał na podstawie art. 146 ust.1 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Podkreślić należy, iż zarządzenie Prezesa Funduszu, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, określające warunki wymagane od uczestników konkursu, nie kreuje praw czy obowiązków potencjalnych uczestników tego konkursu, lecz wskazuje adresatów (poprzez określenie wymagań) którzy mogą wziąć udział w konkursie. Spełnienie przez oferenta i ofertę warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146, jest nakazem ustawowym, wynikającym a *contrario* z art. 149 ust 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z wyrokiem NSA z dnia 24 lutego 2011r., sygn. Akt II GSK 262/10.

Kryteria oceny ofert i zasady prowadzenia konkursu były jawne i znane uczestnikom postępowania przed złożeniem ofert, i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Odwołujący się, w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów. Do obowiązków Odwołującego się należało zatem zapoznanie się ze wskazanymi w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania przepisami. Należy mieć na względzie, że wszelkie uwagi dotyczące warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz kryteriów oceny ofert mogą być zgłaszane na etapie konsultacji projektu takich warunków, natomiast ustalone przez Prezesa Funduszu są wiążące w danym postępowaniu, zgodnie z wyrokiem WSA w Warszawie z dnia 23 stycznia 2007r., sygn. Akt VII SA/Wa 950/06.

Oferta Odwołującego się 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 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1 złożono łącznie 7 ofert (jedna została odrzucona). 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 oraz Odwołującego się przedstawiała się następująco:

Tabela nr 1.

| | JAKOŚĆ | | | | | KONTROLA | CIĄGŁOŚĆ | PUNKTY RAZEM ZA NIECENOWE KRYTERIA | CENA | RAZEM |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|------------------------------------|--------|--------|
| | PERSONEL | | ZEWNEŹRZNA OCENA JAKOŚCI | | | | | | | |
| | Czy świadczenia udzielane są przez pielęgniarki wliczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)? | Czy świadczenia udzielane są przez lekarza specjalistę kardiologii? | Czy w realizacji świadczeń uczestniczy specjalista w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego? | Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy? | Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy? | | | | | |
| MAX pkt. | 15,000 | 10,000 | 10,000 | 3,000 | 2,000 | 0,000 | 5,000 | 45,000 | 20,000 | 65,000 |
| Uniwersyteckie Centrum Kliniczne | 15,000 | 10,000 | 10,000 | 0,000 | 2,000 | -0,500 | 5,000 | 41,500 | 19,524 | 61,024 |
| ROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością | 15,000 | 10,000 | 0,000 | 0,000 | 2,000 | 0,000 | 5,000 | 32,000 | 20,000 | 52,000 |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrawiskowe Ministerstwa Spraw Wewnętrznych | 15,000 | 10,000 | 0,000 | 0,000 | 2,000 | 0,000 | 5,000 | 32,000 | 20,000 | 52,000 |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "UZDROWISKO SOPOT" w Sopocie | 15,000 | 10,000 | 0,000 | 0,000 | 2,000 | 0,000 | 5,000 | 32,000 | 19,524 | 51,524 |
| Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej | 15,000 | 10,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 5,000 | 30,000 | 10,000 | 40,000 |

W przedmiotowym postępowaniu do zawarcia umów zostały wybrane oferty, które spełniały stawiane wymagania, w kolejności wynikającej z rankingu końcowego, aż do wyczerpania się środków finansowych, które Zamawiający przeznaczył na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem zamówienia.

W odniesieniu się do zarzutów Odwołującego się dotyczących naruszenia art. 142 ust. 5 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się, pomimo, iż „zapewniała” ona ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz art. 148 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielanych świadczeń, stwierdzić należy, co następuje:

Analiza treści zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Funduszu, w oparciu o które oferty złożone do przedmiotowego postępowania zostały ocenione, dowodzi, iż oferta mogła uzyskać:

- w kryterium jakości:
 - za personel – maksymalnie 35,000 punktów;
 - za zewnętrzną ocenę jakości – maksymalnie 5,000 punktów;
- w kryterium ciągłość:
 - za możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu leczenia – maksymalnie 5,000 punktów;
- w kryterium ceny – maksymalnie 20,000 punktów.

Powyższe oznacza, że w toku przedmiotowego postępowania każda z ofert mogła uzyskać maksymalnie 65,000 punktów.

Analiza oferty złożonej przez Odwołującego do przedmiotowego postępowania wykazuje, iż nie uzyskał on maksymalnej możliwej do zdobycia liczby punktów ponieważ:

- w kryterium jakości:
 - Odwołujący nie zapewnił realizacji świadczeń będących przedmiotem postępowania z uczestnictwem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 10,000 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent zapewnił udzielanie świadczeń będących przedmiotem postępowania z uczestnictwem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego;
 - Odwołujący nie posiadał certyfikatu Centrum Monitorowania Jakości, ważnego w dniu zawarcia umowy - w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 3,000 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent

posiadał certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy;

- Odwołujący nie posiadał certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych, ważnego w dniu zawarcia umowy – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 2,000 pkt. oceny, które mogła uzyskać, gdyby Oferent posiadał certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy;
- w kryterium ceny:
 - Odwołujący zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w wysokości 1,05 zł – w związku z powyższym jego oferta nie uzyskała 20,000 pkt. za kryterium ceny, które mogła uzyskać, gdyby oferent zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej w wysokości nie wyższej niż wysokość ceny minimalnej (0,94 zł), ustalonej zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Funduszu.

Oferta złożona do przedmiotowego postępowania nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1 przez Odwołującego uzyskała w sumie 40,000 punktów. Na tę ocenę składały się następujące czynniki:

- w kryterium jakości:
 - Odwołujący zapewnił realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – w związku z czym jego oferta uzyskała 15,000 pkt;
 - Odwołujący zapewnił realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania przez lekarza specjalistę kardiologii – w związku z czym jego oferta uzyskała 10,000 pkt.
- w kryterium ciągłość:
 - Odwołujący zapewnił gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania – sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi

w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji – w związku z czym jego oferta uzyskała 5,000 pkt.;

- w kryterium ceny – ofercie Odwołującego przyznano 10,000 pkt. na 20,000 pkt. możliwych do uzyskania w tym kryterium, gdyż Odwołujący zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w wysokości 1,05 zł, która to cena była wyższa od ceny minimalnej ustalonej zgodnie ze wzorem wskazanym w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Funduszu.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ w zakresie oceny oferty według **kryterium jakości**, oceniane były takie parametry jak: personel i zewnętrzna ocena jakości. W zakresie parametru personel, na 2 pytania ankietowe: nr 1.1.1.1 – „Czy świadczenia udzielane są przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)?” oraz na pytanie numer 1.1.2.1 – „Czy świadczenia udzielane są przez lekarza specjalistę kardiologii?” Odwołujący udzielił odpowiedzi „TAK”, natomiast na pytanie ankietowe nr 1.1.3.1- „Czy w realizacji świadczeń uczestniczy specjalista w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego?” Odwołujący udzielił odpowiedzi „NIE”, tym samym uzyskał 25,000 pkt. na 35,000 punktów możliwych do uzyskania, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/7*35 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 35.

W zakresie parametru zewnętrzna ocena jakości, oceniane było posiadanie certyfikatu Centrum Monitorowania Jakości oraz certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych. Oferent nie zadeklarował posiadania wskazanych certyfikatów, stąd też uzyskał 0,000 pkt. na 5,000 pkt.

możliwych do uzyskania, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 0/5 * 5 = 0,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

W parametrze dotyczącym wyników kontroli, Odwołujący uzyskał 0,000 pkt., przy czym wskazać należy, iż w parametrze tym można było otrzymać punkty ujemne.

Po zsumowaniu punktacji z oceny poszczególnych w/w parametrów, Odwołujący w kryterium jakości uzyskał 25,000 punktów na 40,000 punktów możliwych do uzyskania w tym kryterium.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ w zakresie oceny oferty według **kryterium ciągłość**, oceniana była możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość procesu leczenia. Na pytanie ankietowe nr 1.4.1.1 – „Czy oferent zapewnia gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji?“, Odwołujący udzielił odpowiedzi „TAK”, w związku z czym Odwołujący uzyskał maksymalną możliwą liczbę 5,000 pkt., co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość leczenia,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość leczenia,,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ podstawą oceny **kryterium ceny** było porównanie ceny oferty oferowanej z ceną oczekiwaną. W tym kryterium oferta Odwołującego uzyskała 10,000 pkt.

W tej kwestii wskazać należy, iż w załączniku nr 2 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ wyraźnie zostały zdefiniowane zasady określenia ceny oczekiwanej przez Fundusz oraz skutek porównania ceny oferenta podanej w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej podanej przez Fundusz. W tym miejscu przypomnieć także należy, iż ceną oczekiwaną C_{NFZ} jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. W przedmiotowym postępowaniu maksymalną liczbę punktów równą 20,000 pkt., zgodnie z kryteriami oceny ustalonymi przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ, oferent uzyskiwał za podanie w ofercie ceny minimalnej C_{min} , równej 0,9 części ceny oczekiwanej. Ponadto zgodnie z przedstawionym wzorem, jeśli cena oferenta jest mniejsza od ceny minimalnej, liczba punktów w kryterium ceny pozostanie stała i będzie równa wadze skalującej „s”, a więc, obniżenie ceny za świadczenia przez oferenta poniżej ceny minimalnej, zgodnie z ustalonymi kryteriami, nie skutkuje już dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym. Odwołujący w złożonej ofercie przedstawił swoją cenę w wysokości 1,05 zł uzyskując 10,000 pkt. na 20,000 pkt. możliwych do uzyskania za ofertę cenową w kryterium cenowym.

Wskazana powyżej punktacja przyznana ofercie Odwołującego nie była wystarczająca, aby została ona wybrana w toku przedmiotowego postępowania, ponieważ komisja konkursowa podczas postępowania nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1 dokonała wyboru ofert 4 podmiotów, które w rankingu końcowym uzyskały co najmniej 51,524 pkt. Komisja konkursowa dokonała wyboru ofert w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Oferta Odwołującego zajęła w rankingu końcowym 5 (przedostatnią) pozycję uzyskując 40,000 punktów, co oznacza, iż jego oferta nie mogła zostać wybrana podczas przedmiotowego postępowania.

Analiza w zakresie oceny ofert wszystkich oferentów wybranych do zawarcia umów w rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania:

I. Oferta złożona do przedmiotowego postępowania nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1 przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne uzyskała w sumie 61,024 pkt. Na tę ocenę składały się następujące czynniki:

- w kryterium jakości, grupa personel:
 - Oferent zapewnił realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania z uczestnictwem specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego – w związku z powyższym jego oferta uzyskała 10,000 pkt.
 - Oferent zapewnił realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – w związku z czym jego oferta uzyskała 15,000 pkt;
 - Oferent zapewnił realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania przez lekarza specjalistę kardiologii – w związku z czym jego oferta uzyskała 10,000 pkt.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ w zakresie oceny oferty według **kryterium jakości**, oceniane były takie parametry jak: personel i zewnętrzna ocena jakości. W zakresie parametru personel, na 3 pytania ankietowe: nr 1.1.1.1 – „Czy świadczenia udzielane są przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)?”, na pytanie numer 1.1.2.1 – „Czy świadczenia udzielane są przez lekarza specjalistę kardiologii?” oraz na pytanie ankietowe nr 1.1.3.1- „Czy w realizacji świadczeń uczestniczy specjalista w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego?” oferent udzielił odpowiedzi „TAK”, tym samym uzyskał 35,000 pkt. na 35,000 pkt. możliwych do uzyskania, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 7/7 * 35 = 35,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 35.

- w kryterium jakości, grupa zewnętrzna ocena jakości:

- Oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy – w związku z powyższym jego oferta uzyskała 2,000 pkt. oceny, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 2/5 * 5 = 2,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

- w kryterium dotyczącym wyników kontroli prowadzonych przez NFZ

- Oferent na pytanie ankietowe nr 1.3.6.2 - „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?”, oferent udzielił odpowiedzi „TAK”, tym samym uzyskał 0,5 pkt. ujemnych, które zostały odjęte od oceny końcowej tej oferty.

- w kryterium ciągłość:

- Oferent zapewnił gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania – sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji – w związku z czym jego oferta uzyskała 5,000 pkt.;

Zgodnie z zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ w zakresie oceny oferty według **kryterium ciągłość**, oceniana była możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach,

zapewniająca łącznie ciągłość procesu leczenia. Na pytanie ankietowe nr 1.4.1.1 – „Czy oferent zapewnia gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji?”, Odwołujący udzielił odpowiedzi „TAK”, w związku z czym Oferent uzyskał maksymalną możliwą liczbę 5,000 pkt., co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt.}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- a1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość leczenia,
- x1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość leczenia,,
- s1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

- w kryterium ceny:

- Oferent zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w wysokości 0,95 zł – w związku z powyższym jego oferta uzyskała 19,524 pkt. za kryterium ceny. Zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ podstawą oceny kryterium ceny było porównanie ceny oferty z ceną oczekiwaną.

Oferta Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego zajęła w rankingu końcowym 1 pozycję uzyskując 61,024 pkt. na 65,000 pkt. możliwych do uzyskania.

II. Oferty złożone do przedmiotowego postępowania nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1 przez:

1. ROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych,

3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "UZDROWISKO SOPOT"
w Sopocie,

uzyskały za kryteria niecenowe taką samą liczbę punktów każda po 32,000 pkt. Na ocenę każdej z tych ofert składały się następujące czynniki:

- w kryterium jakości, grupa personel:
 - każdy z ww. oferentów zapewnił realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – w związku z czym każda z ofert uzyskała po 15,000 pkt;
 - każdy z ww. oferentów zapewnił realizację świadczeń będących przedmiotem postępowania przez lekarza specjalistę kardiologii – w związku z czym każda z ofert uzyskała po 10,000 pkt.

Zgodnie z zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ w zakresie oceny oferty według **kryterium jakości**, oceniane były takie parametry jak: personel i zewnętrzna ocena jakości. W zakresie parametru personel, na 2 pytania ankietowe: nr 1.1.1.1 – „Czy świadczenia udzielane są przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)?” oraz na pytanie numer 1.1.2.1 – „Czy świadczenia udzielane są przez lekarza specjalistę kardiologii?” oferenci udzielili odpowiedzi „TAK”, tym samym każda z ofert uzyskała po 25,000 pkt. na 35,000 punktów możliwych do uzyskania, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/7 * 35 = 25,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru personel,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze personel,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 35.

- w kryterium jakości, grupa zewnętrzna ocena jakości:

- każdy z ww. oferentów posiadał certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy – w związku z powyższym każda z ofert uzyskała po 2,000 pkt. oceny, co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 2/5 * 5 = 2,000 \text{ pkt,}$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru zewnętrzna ocena jakości,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze zewnętrzna ocena jakości,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

- w kryterium dotyczącym wyników kontroli prowadzonych przez NFZ

- każdy z ww. oferentów uzyskał po 0,000 pkt., przy czym wskazać należy, iż w parametrze tym można było otrzymać punkty ujemne.

- w kryterium ciągłość:

- każdy z ww. oferentów zapewnił gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania – sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami /oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji – w związku z czym każda z ofert uzyskała po 5,000 pkt.;

Zgodnie z zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ w zakresie oceny oferty według **kryterium ciągłość**, oceniana była możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość procesu leczenia. Na pytanie ankietowe nr 1.4.1.1 – „Czy oferent zapewnia gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji?”, oferenci udzielili odpowiedzi „TAK”, w związku z czym każdy z Oferentów uzyskał maksymalną możliwą liczbę po 5,000 pkt., co wynika z podstawienia danych liczbowych do wzoru, o którym mowa w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ tj.:

$$a_1 / x_1 * s_1 = 5/5 * 5 = 5,000 \text{ pkt},$$

gdzie poszczególne symbole oznaczają:

a_1 – liczba punktów uzyskanych w zakresie parametru możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość leczenia,

x_1 – maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania w parametrze możliwość udzielania świadczeń w innych rodzajach, zapewniająca łącznie ciągłość leczenia,

s_1 – waga skalująca, która w tym przypadku wynosi 5.

- w kryterium ceny:
 - Oferenci: ROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych zaproponowali cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w wysokości 0,94 zł – w związku z powyższym ich oferty uzyskały po 20,000 pkt. za kryterium ceny. Zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ podstawą oceny kryterium ceny było porównanie ceny oferty z ceną oczekiwaną.
 - Oferent: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "UZDROWISKO SOPOT" w Sopotcie zaproponował cenę jednostki rozliczeniowej za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w wysokości 0,95 zł – w związku z powyższym jego oferta uzyskała 19,524 pkt. za kryterium ceny. Zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ podstawą oceny kryterium ceny było porównanie ceny oferty z ceną oczekiwaną.

Podsumowując:

1. Oferta ROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz oferta Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, zajęły w rankingu końcowym 2 i 3 pozycję uzyskując taką samą liczbę punktów po 52,000 pkt. każda na 65,000 pkt. możliwych do uzyskania.

2. Oferta Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "UZDROWISKO SOPOT" w Sopocie, zajęła w rankingu końcowym 4 pozycję, uzyskując 51,524 pkt. na 65,000 pkt. możliwych do uzyskania.

Przeprowadzona analiza dowodzi, że w toku postępowania konkursowego dokonano prawidłowej oceny ofert wybranych jak również oferty Odwołującego się oraz prawidłowo porównano oferty w zakresie jakości, ciągłości i ceny. Natomiast kompleksowość i dostępność w niniejszym postępowaniu nie była brana pod uwagę przy ocenianiu wszystkich ofert zgodnie z obowiązującymi kryteriami oceny.

Mając na uwadze powyższe niniejsze zarzuty Odwołującego nie zasługują na uwzględnienie.

W odniesieniu do zarzutu naruszenia art. 44 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) 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, stwierdzić należy, iż jak wykazano powyżej, wszystkie 4 oferty wybrane do zawarcia umowy w przedmiotowym postępowaniu, dawały nie tylko korzystniejszy bilans ceny do przedmiotu zamówienia, ale przede wszystkim przedstawiały lepszą jakość oferowanych świadczeń w odniesieniu do oferty Odwołującego. Należy zauważyć, że w tej sytuacji POW NFZ zakupił świadczenia o oferowanej wyższej jakości, a także przy zdecydowanie niższej cenie niż zaoferowana przez Odwołującego, zwiększając jednocześnie tym samym dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych. W trakcie przedmiotowego postępowania konkursowego 4 oferentów przedstawiło oferty, z których każda uzyskała wyższą łączną liczbę punktów niż oferta Odwołującego.

Podczas przedmiotowego postępowania konkursowego wybrano 4 oferty znajdujące się na pozycjach od 1 do 4 rankingu końcowego, ponieważ były one korzystniejsze od oferty zaprezentowanej przez Odwołującego, co zostało w należyty sposób udowodnione powyżej.

Podkreślić należy, iż postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych

ofert, w ramach kwoty zamówienia. Konkurs ofert nie stanowi, zatem gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani nie jest też gwarancją jej zawarcia, a trybem wyboru oferentów celem zawarcia umów w poszczególnych zakresach i rodzajach świadczeń.

Wobec powyższego i ten zarzut Odwołującego należy uznać za nietrafny.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego się o naruszeniu art.134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz nieprowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, stwierdzić należy, że dokonano zindywidualizowanej oceny każdej z ocenianych ofert, co szczegółowo przedstawia powyższa tabela oraz szczegółowa analiza oceny poszczególnych ofert. Podkreślenia wymaga fakt, że 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 (z późn. zm.), oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów. Ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów. Z treści tabeli i analizy jednoznacznie wynika jaką liczbę punktów uzyskał każdy z oferentów w poszczególnych kategoriach oceny ofert w przedmiotowym postępowaniu.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego się dotyczących naruszenia art. 142 ust. 6 ustawy poprzez „prowadzenie negocjacji w złej wierze” w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, należy wskazać co następuje.

Praktyka prowadzenia negocjacji w trybie telefoniczno/fax-owym jest praktyką stosowaną w jednakowy sposób w odniesieniu do wszystkich oferentów wyrażających zgodę na taki tryb i w tym zakresie trudno dopatrzeć się nierównego traktowania oferentów. Odwołujący w toku postępowania miał możliwość zaproponowania komisji konkursowej cenę za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie niższym niż to wynika z protokołu końcowego z negocjacji podpisanego przez Odwołującego i komisję konkursową, ponieważ w oświadczeniu z dnia 3 czerwca 2013 r. Odwołujący mógł przesłać komisji konkursowej taką propozycję cenową, która umożliwiłaby mu zdobycie nawet maksymalnej ilości punktów w kryterium ceny.

Tymczasem Odwołujący nie skorzystał z tej możliwości tylko podtrzymał dotychczasową propozycję ofertową co do ceny, dlatego też jego twierdzenie, iż negocjacje prowadzono z nim w „złej wierze” należy uznać za nietrafne.

Odwołujący stoi na stanowisku, że nie umożliwiono mu przedstawienia oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

Powyższe stwierdzenie stoi w sprzeczności zarówno z podpisanym przez Odwołującego bez zastrzeżeń i uwag protokołem końcowym z negocjacji, jak i ze złożonym przez niego oświadczeniem z dnia 3 czerwca 2013 r., w którym jednoznacznie podtrzymał swoją ofertę co do liczby świadczeń i ich ceny. Jednocześnie zakładając hipotetycznie, że gdyby negocjacje przeprowadzone przez komisję konkursową z Odwołującym zakończyły się obniżeniem przez Odwołującego ceny za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do poziomu gwarantującego uzyskanie najwyższej liczby punktów za kryterium ceny (za kryterium ceny maksymalnie można przyznać 20,000 punktów), to i tak oferta Odwołującego nie miałaby szans zostać wybraną do udzielania przedmiotowych świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazać bowiem należy, że nawet hipotetyczne uzyskanie przez Oferenta 20,000 pkt. za kryterium ceny, po obniżeniu przez niego ceny do wysokości ceny minimalnej podczas negocjacji, nie spowodowałoby, że oferta Odwołującego uzyskałaby większą liczbę punktów oceny niż oferty podmiotów wybranych. Hipotetycznie uzyskanie w kryterium ceny 20,000 punktów przez ofertę Odwołującego mogłoby, co najwyżej spowodować, że w rankingu końcowym oferta Odwołującego mogłaby zająć dokładnie tą samą 5 pozycję w rankingu uzyskując, co najwyżej o 10,000 pkt. więcej, tj. łącznie maksymalnie 50,000 pkt., a zaproponowanie nawet ceny poniżej ceny minimalnej i tak nie skutkowało przyznaniem dodatkowych punktów (z oczywistym zastrzeżeniem dotyczącym ceny rażąco niskiej).

W odniesieniu do poruszanych kwestii i zarzutów Odwołującego, wniesionych po zapoznaniu się przez Odwołującego z dokumentacją w trybie art. 10 k.p.a. podmiotów konkurencyjnych, stwierdzić należy, co następuje:

W odniesieniu do zapytania Odwołującego dotyczącego „*etatu przeliczeniowego*” wyjaśnić należy, że za tygodniowy wymiar odpowiadający pojęciu „*etat przeliczeniowy*” przyjmuje się zgodnie z art. 93 ustawy o działalności leczniczej „*czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym*”.

Wobec powyższego za „etat przeliczeniowy” przyjmuje się wymiar tygodniowy czasu pracy 37 godzin 55 minut, natomiast za pół etatu przyjmuje się 18 godzin 55 minut (zaokrąglenie matematyczne do 5 minut).

Etat przeliczeniowy, o którym mowa w pytaniu ankietowym 1.5.1.2 - *” Czy świadczenia są udzielane przez lekarza specjalistę rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej - w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego. Dla oddziałów powyżej 20 łóżek zatrudnienie proporcjonalnie do liczby łóżek?”* dla oddziałów poniżej 20 łóżek wylicza się zgodnie z treścią niniejszego pytania, tj. z warunkami wymaganymi do udzielania świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych określonymi w obowiązujących przepisach prawa – czyli dla oddziałów 20 łóżek i mniej warunek wynosi 1 etat przeliczeniowy.

W odniesieniu do zarzutu, naruszenia przepisu art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2007.164.1027 z późn. zm.) w zw. z przepisem art. 93 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2013.217 z późn. zm.) w zw. z § 1 ust. 1 pkt 1 Zarządzenia 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 poprzez przyjęcie, iż Oferent Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (UCK) zapewnił udzielanie świadczeń przez lekarza specjalistę rehabilitacji oraz uczestnictwo psychologa w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego, a tym samym uzyskało dodatkową punktację w wyniku udzielenia pozytywnej odpowiedzi na pytania ankietowe nr:

- 1.5.1.2 – *„Czy świadczenia są udzielane przez lekarza specjalistę rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej - w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego. Dla oddziałów powyżej 20 łóżek zatrudnienie proporcjonalnie do liczby łóżek”*,

- 1.5.2.2 – „Czy w realizacji świadczeń uczestniczy psycholog - w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego?

wyjaśnić należy, iż za odpowiedzi „Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy” Oferent UCK otrzymał 0,000 pkt. Pytania nr 1.5.1.2. oraz nr 1.5.2.2 nie odnoszą się do warunków dodatkowo ocenianych w niniejszym postępowaniu. Wykazany w ofercie personel potwierdza zgodność udzielonej odpowiedzi na ww. pytania. Wśród lekarzy wykazanych w ofercie, Oferent UCK zadeklarował dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie rehabilitacji medycznej w wymiarze czasu pracy po pół etatu przeliczeniowego (2 * 18 godzin 55 minut każdy). Dodatkowo jeden z wykazanych w ofercie lekarzy kardiologów posiada również specjalizację z rehabilitacji medycznej. Oferent UCK zadeklarował dwóch psychologów zatrudnionych w wymiarze czasu pracy po pół etatu przeliczeniowego każdy (2 * 18 godzin 55 minut każdy). Wobec powyższego zarzut Odwołującego, iż Oferent UCK uzyskał dodatkową punktację w ramach kryterium „jakość” jest bezzasadny.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego dotyczącego naruszenia § 1 ust. 4 Zarządzenia 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 (z późn. zm.) poprzez przyznanie Oferentowi Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko Sopot” dodatkowej punktacji w zakresie kryterium ciągłość, stwierdzić należy co następuje:

Komisja konkursowa prowadziła wyjaśnienia ze wszystkimi oferentami zgodnie z zasadami równego traktowania. W sprawie udokumentowania prawidłowości udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.4.1.1 – „Czy oferent zapewnia gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji?”, komisja konkursowa zwracała się w formie pisemnej nie tylko do oferenta Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko Sopot”, ale również do Odwołującego się. W toku prowadzonych wyjaśnień oferent Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko Sopot” przedstawił porozumienie w przedmiotowym zakresie z SP ZOZ Szpitalem im. Franciszka Żaczka w Pucku z dnia 25.03.2013 r. tj. przed datą złożenia oferty. Komisja konkursowa nie miała podstaw do nieuznania ww. dokumentu. Podkreślić należy, iż Odwołujący również nie załączył do oferty dokumentów potwierdzających sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji oraz dwukrotnie był wzywany przez

komisję konkursową do wyjaśnień w przedmiotowej sprawie, gdyż pierwsze wyjaśnienie złożone przez Odwołującego się, nie potwierdzało prawidłowości udzielonej odpowiedzi na pytanie, zatem wyjaśnienia z SP ZOZ „Uzdrowisko Sopot” i Odwołującym prowadzone były na takich samych zasadach.

Dodatkowo na dowód, iż komisja konkursowa nie faworyzowała innych oferentów w niniejszym postępowaniu, dając jednakową możliwość składania wyjaśnień, przytoczyć należy następującą sytuację. W związku z udzieloną przez Odwołującego twierdzącą odpowiedzią na pytanie ankietowe nr 1.1.3.1: *„Czy w realizacji świadczeń uczestniczy specjalista w dziedzinie fizjoterapii – w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równownikowi 1 etatu przeliczeniowego?”* komisja konkursowa pismem z dnia 19 kwietnia 2013 r. zwróciła się o wskazanie w ofercie osoby oraz przedstawienie dla tej osoby dokumentów potwierdzających ww. kwalifikacje. Po przesłaniu przez Odwołującego w dniu 24 kwietnia 2013 r. dokumentów, komisja pisemnie poinformowała Oferenta, iż nie potwierdzają one deklarowanych kwalifikacji. W związku z powyższym Odwołujący pismem z dnia 8 maja 2013 r. złożył oświadczenie, w którym wskazał, iż na pytanie nr 1.1.3.1 omyłkowo zaznaczył odpowiedź „Tak”, podkreślając, iż zgodnie z wyjaśnieniem telefonicznym za prawidłową odpowiedź należy uznać „NIE”. Komisja konkursowa, przyjęła wyjaśnienie Odwołującego i zgodnie ze złożonym przez niego oświadczeniem dokonała zmiany odpowiedzi na ww. pytanie, nie odrzucając oferty Odwołującego za podanie nieprawdziwych informacji.

Przytoczoną wyżej sytuację można uznać za analogiczną do prowadzonych wyjaśnień z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „Uzdrowisko Sopot”, z tą jednak różnicą, że SP ZOZ „Uzdrowisko Sopot” potwierdził prawidłowość udzielonej odpowiedzi, natomiast Odwołujący przedstawił dokument nie potwierdzający zadeklarowanych kwalifikacji w pytaniu rankingującym, za które można było uzyskać 10,000 pkt., jak i w piśmie z dnia 24 kwietnia 2013 r. nie napisał od razu o „omyłce pisarskiej”. Dopiero po ponownym wezwaniu przez komisję konkursową, pismem z dnia 08 maja 2013 r. wycofał się z udzielonej odpowiedzi tłumacząc to „omyłką”.

Odwołujący się zarzuca podmiotom konkurencyjnym brak staranności i rzetelności w składanych ofertach, niemniej i on sam nie uniknął w swojej ofercie omyłki. Warunki zawierania umów winny być znane Odwołującemu, który jako podmiot profesjonalnie prowadzący podmiot leczniczy, winien dochować należyj staranności w prowadzonej działalności, w tym przy składaniu ofert.

Wobec powyższego niniejsze zarzuty należy uznać za nietrafione.

W odniesieniu do zarzutu naruszenia przepisu art. 149 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2008.164.1027 z późn. zm.) w z w. z § 11 ust. 2 pkt 4 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez niewzewanie Oferenta Uniwersyteckie Centrum Kliniczne oraz Oferenta Romed Sp. z o.o. do uzupełnienia braków formalnych w postaci złożenia oferty na płycie opisanej zgodnie z wymogami, wyjaśnić należy co następuje:

Zgodnie z § 10 ust. 1 Zarządzenia Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. „Oferent zobowiązany jest złożyć ofertę w formie pisemnej wraz z ofertą elektroniczną”. Wskazani przez Odwołującego Oferenci złożyli oferty zgodnie z wyżej przytoczonym przepisem – w formie papierowej i elektronicznej. Nośnik elektroniczny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego został opisany prawidłowo tj. zawierał następujące informacje: wyraz: „oferta”, nazwę i adres oferenta, kod i przedmiot postępowania. Przedmiot postępowania określony zakresem 05.4308.300.02 zawiera się w kodzie postępowania 11-13-000701/REH /05/1/05.4308.300.02/1.

Nośnik elektroniczny Oferenta Romed Sp. z o.o. został opisany nazwą podmiotu leczniczego oraz kodem postępowania. Brak w opisie nośnika elektronicznego wyrazu „oferta” oraz adresu oferenta nie miało wpływu na identyfikację oferty.

Komisja konkursowa dokonała sprawdzenia za pomocą czytnika elektronicznego zgodności formy pisemnej z formą elektroniczną złożonych ofert. W postępowaniu konkursowym brak formalny stanowi brak oferty cenowej zapisanej w formie elektronicznej.

Wobec powyższego wskazać należy, iż Odwołujący się nie wykazał, aby Pomorski Oddział Wojewódzki Funduszu przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub zarządzeń wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad, takich jak równe traktowanie świadczeniodawców oraz niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania.

Świadczenia w przedmiotowym zakresie zostały zabezpieczone. W niniejszym postępowaniu zaplanowana ilość świadczeń to: 1.197.892,00 pkt. a ilość zakupiona 1.332.760,00 pkt.

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, tj. obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcom świadczeń zdrowotnych, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

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 (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.