

WO/ZRP –JWM/1855-D

Gdańsk, dnia 18 listopada 2013 r.

„MEDICON” Sp. z o.o.**ul. Bukowa 2a****84-200 Wejherowo****DECYZJA nr 628/2013****z dnia 18 listopada 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:

„MEDICON” Sp. z o.o.**ul. Bukowa 2a****84-200 Wejherowo****od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000265/AOS/02.1610.001.02/1**

w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna

w zakresie: świadczenia w zakresie otolaryngologii,

na obszar: powiat wejherowski

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Oddala odwołanie „MEDICON” Sp. z o.o. w Wejherowie,

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 01.07.2013 r. – 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: otolaryngologia dla obszaru – powiat wejherowski. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 675 143,00 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

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 8 ofert na 8 miejsc udzielania świadczeń, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego posiadała braki formalne, które zostały uzupełnione w dniu 15.04.2013r. oraz 19.04.2013r. Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 1 193 597,12 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 675 143,00 zł.

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 oferty za kryteria niecenowe tj. 12,060 pkt. Oferta z najniższą punktacją za kryteria niecenowe, która została zakwalifikowana do negocjacji otrzymała 16,227 pkt.

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano 5 oferentów na 5 miejsc udzielania świadczeń. Odwołującego się nie wybrano.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000265/AOS/02/1/02.1610.001.02/1**. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego postępowania w części dotyczącej rozstrzygnięcia zarzucając:

- naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez przeprowadzenie

postępowania konkursowego w warunkach uwłaczających elementarnym zasadom uczciwej konkurencji ze względu na dokonanie wyboru ofert w trybie konkursowym bez możliwości zapoznania się i zweryfikowania przez oferentów ze szczegółowymi kryteriami i przypisaną do nich punktacją, składających się na ciągłość, kompleksowość i dostępność świadczeń zdrowotnych,

- naruszenie art. 147 w zw. z art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nie przedstawienie szczegółowych kryteriów oceny złożonych ofert w zakresie umożliwiającym na weryfikację przeprowadzonych przez komisję ocen w ramach konkursu.

Odwołujący się wniósł o pozytywne rozpatrzenie odwołania, a w następstwie tego o przywrócenie oferty do oceny i umożliwienie zawarcia umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych.

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 27.06.2013 r. Do wglądu przekazano:

- 1) Ogłoszenie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert;
- 2) Rejestr złożonych ofert;
- 3) Oferta (pełna dokumentacja ofertowa wraz z dokumentami rejestrowymi oferenta itp.);
- 4) Ocena prawidłowości ogłoszenia postępowania dla konkursu ofert/rokowań – lista kontrolna;
- 5) Oświadczenia członków komisji;
- 6) Ocena spełnienia warunków formalnych oferty CZĘŚĆ A, B, C – listy kontrolne;
- 7) Wezwanie do usunięcia braków formalnych;
- 8) Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej;
- 9) Potwierdzenie uzupełnienia braków formalnych;
- 10) Zestawienie spornych elementów oferty w zakresie personelu;
- 11) Wezwanie do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu;
- 12) Zestawienie ofert nie spełniających warunków wymaganych;
- 13) Ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);
- 14) Protokół/protokoły z posiedzenia komisji w części niejawnej;
- 15) Protokół z posiedzenia komisji dokonującego podsumowania postępowania;

- 16) Informacja o rozstrzygnięciu postępowania i wniosek o zawarcie umów;
- 17) Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania;

Odwołujący się po zapoznaniu z dokumentacją postępowania wniósł uwagi dotyczące:

- nieotrzymania wezwania na posiedzenie. „W załączniku Nr 15b Komisja stwierdza, że wezwanie wysłano pocztą, a kopia stanowi załącznik do oferty, co jest niezgodne ze stanem faktycznym”,
- „w załączniku nr 21, w kolumnie (przewidywany łączny czas widnieje literka „V”. Nie uzyskałem informacji co ona oznacza. Jeżeli przekroczenie, to nie jest to zgodne ze złożonym oświadczeniem pracownika oraz grafiką jego pracy w placówkach obu świadczeniodawców”.

Decyzją nr 530/2013 z dnia 28.06.2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia. Od powyższej decyzji oferent w dniu 08.07.2013 r. wniósł odwołanie do Prezesa NFZ zarzucając:

- naruszenie art. 152 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez odmowę przyznania skarżącemu przymiotu interesu prawnego mimo, że w przedmiotowej sprawie doszło do naruszenia interesu prawnego skarżącego, poprzez naruszenie zasad przeprowadzenia postępowania konkursowego,
- naruszenie art. 147 w zw. z art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieuwzględnienie przez Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, że w przedmiotowej sprawie doszło do nie przedstawienia szczegółowych kryteriów oceny złożonych ofert w zakresie umożliwiającym na weryfikację przeprowadzonych przez komisję ocen w ramach konkursu, jak również poprzez nie dokonanie oceny oferty skarżącego w sposób prawidłowy,
- naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieuwzględnienie przez Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, że w przedmiotowej sprawie doszło do przeprowadzenia postępowania konkursowego w warunkach uwłaczających elementarnym zasadom uczciwej konkurencji ze względu na dokonanie wyboru ofert w trybie konkursowym bez możliwości zapoznania się i zweryfikowania przez oferentów ze szczegółowymi kryteriami i przypisaną do nich punktacją, składających się na ciągłość, kompleksowość i dostępność świadczeń zdrowotnych, jak również poprzez nie dokonanie oceny oferty skarżącego w sposób prawidłowy.

Prezes Funduszu decyzją nr 488/2013/DSOZ z dnia 20.09.2013 r. uwzględnił odwołanie i uchylił decyzję Nr 530/2013 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, powinien okazać Odwołującemu pełne akta sprawy przedstawiające przebieg wspomnianego wyżej postępowania, w tym również dokumentację ofertową podmiotów konkurencyjnych wobec odwołującego, ale w takiej formie która nie doprowadzi do naruszenia przepisów praw powszechnie obowiązującego zakazujących przekazywania danych wrażliwych chronionych prawnie, które znajdują się w dokumentacji ofertowej podmiotów konkurencyjnych, co spowodowało naruszenie przepisów art. 73 § 1 i § 1 a k.p.a. oraz art. 10§ 1 k.p.a. W konsekwencji Organ I instancji ograniczył prawo Odwołującemu do czynnego udziału w każdym stadium postępowania administracyjnego, przez co naruszył art. 10 § 1 k.p.a. i art. 73 § 1 i § 1a k.p.a.

W związku z powyższym Prezes Funduszu jako Organ II instancji uchylił zaskarżoną decyzję w całości i przekazał do ponownego rozpatrzenia przez Organ I instancji.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o art. 10 kpa, umożliwił odwołującemu się w dniu 07.11.2013 r. zapoznanie z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla odwołującego. Oferent zapoznał się z następującymi dokumentami:

- 1) Ogłoszenie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert;
- 2) Rejestr złożonych ofert;
- 3) Oferty:
 - a) 001134 MEDICON Sp. z o.o. (pełna dokumentacja ofertowa wraz z dokumentami rejestrowymi oferenta itp.);
 - b) Pełna dokumentacja ofert podmiotów konkurencyjnych- dane w ofertach podmiotów konkurencyjnych zanonimizowano,
- 4) Ocena prawidłowości ogłoszenia postępowania dla konkursu ofert/rokowań – lista kontrolna;
- 5) Rejestr złożonych ofert
- 6) Oświadczenia członków komisji;
- 7) Ocena spełnienia warunków formalnych oferty CZĘŚĆ A, B, C – listy kontrolne;
- 8) Wynik kontroli oferenta,
- 9) Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli,
- 10) Wezwanie do usunięcia braków formalnych;
- 11) Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej;

- 12) Potwierdzenie uzupełnienia braków formalnych;
- 13) Zestawienie spornych elementów oferty w zakresie personelu;
- 14) Wezwanie do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu;
- 15) Zestawienie ofert nie spełniających warunków wymaganych;
- 16) Ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);
- 17) Protokół/protokoły z posiedzenia komisji w części niejawnej;
- 18) Protokół z posiedzenia komisji dokonującego podsumowania postępowania;
- 19) Informacja o rozstrzygnięciu postępowania i wnioskach o zawarcie umów;
- 20) Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania;
- 21) Ogłoszenie o wniesieniu protestu przez odwołującego się,
- 22) Powiadomienie oferenta (składającego protest) o rozstrzygnięciu protestu.

Po zapoznaniu się w dniu 07.11.2013 r. z dokumentacją w trybie art. 10 kpa, Odwołujący się w piśmie z dnia 12.10.2013 r., data wpływu do POW NFZ- 13.11.2013 r., nie wskazał żadnych nowych okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na ocenę jego oferty i przebieg całego postępowania.

Rozpoznając ponownie odwołanie złożone przez „MEDICON” Sp. z o.o. w Wejherowie, Dyrektor POW NFZ stwierdza, że:

odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.

Oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w przepisach prawa. Należy przy tym podkreślić, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, był uprawniony do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Zgodnie zaś 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.

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

Odwołujący się w treści odwołania nie wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy. Przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach stanowi bowiem, że „świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, przysługują środki odwoławcze przewidziane w art. 153 i 154 ustawy”. Z treści tego przepisu wynika zatem, iż jedynie naruszenie przez Fundusz zasad postępowania stanowi postawę do wniesienia odwołania. Określone w art. 134 ustawy zasady prowadzenia postępowania o zawarcie umowy, to zasada równego traktowania wszystkich uczestników postępowania oraz zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Jak wskazano równe traktowanie polega 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.

Odnosząc się do zarzutów podniesionych w treści uzasadnienia odwołania, tj zarzutu naruszenia art. 134 w związku z art. 142 ust. 5 pkt 1 ust. ustawy o świadczeniach oraz art. 147 w związku z art. 148 ustawy o świadczeniach – w pierwszej kolejności wskazać należy, że w treści ogłoszenia zostały podane akty prawne, mające zastosowanie w postępowaniu konkursowym o numerze 11-13-000265/AOS/02/1/02.1610.001.02/1, zaś odwołujący się w złożonej ofercie oświadczył, że z nimi się zapoznał oraz że nie zgłasza żadnych uwag czy zastrzeżeń. Wśród wymienionych w ogłoszeniu aktów prawnych znajdowały się przepisy dotyczące dokonywania oceny ofert ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów i przyznawanej punktacji. Kryteria oceny ofert określone są w Zarządzeniu Prezesa Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. natomiast szczegółowe zapisy dotyczące poszczególnych parametrów oceny są uregulowane w Zarządzeniu Prezesa Nr 73/2012/DSOZ z 8 listopada 2012 r. w tabeli nr 1.13.1- AOS.

Odnosząc się do uwag zgłoszonych przez odwołującego się po okazaniu akt w dniu 27.06.2013r wskazać należy, że oferta została sprawdzona pod względem spełnienia warunków formalno-prawnych na posiedzeniu Komisji, w którym oferent nie brał udziału. W związku z powyższym wezwanie do usunięcia braków formalno-prawnych zostało wysłane pocztą. Taki tryb postępowania został odnotowany w Załączniku nr 15b do oferty – Stwierdzenie spełnienia warunków formalnych oferty część C.

Jeśli chodzi o oznaczenie literki „V” to informację na ten temat oferent otrzymał pocztą jako Oświadczenie (dotyczy zatrudnienia – stan na 01.07.2013r., wraz z objaśnieniem do „wezwania do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu pracy personelu”. Na takowe oświadczenie Komisja uzyskała odpowiedź w dniu 25.04.2013r.

Po rozpatrzeniu odwołania „MEDICON” Sp. z o.o. należało zatem uznać, iż zarzuty w przedmiocie naruszenia ww. przepisów były nieuzasadnione.

Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując 8 miejsce w rankingu, ale jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie, czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interes prawny świadczeniodawcy, a więc wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr 11-13-000265/AOS/02/1/02.1610.001.02/1 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta „MEDICON” Sp. z o.o. odwołaniem do organu I instancji, należy ponadto wskazać, iż:

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 11-13-000265/AOS/02/1/02.1610.001.02/1 złożono łącznie 8 ofert na 8 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	83,000	12,060	78,500	46,000
Kryteria cenowe	20,000	10,000	15,000	11,163
	103,000	22,060	93,500	57,163

Natomiast punkty za poszczególne kryteria przedstawiały się następująco:

JAKOŚĆ

Lp.	Nazwa grupy pytań	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
1.1.1.1	PERSONEL	30,000	0	30	0,0000	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista laryngologii lub otolaryngologii I	Czas pracy równy lub poniżej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni
1.1.2.1	PERSONEL	3,000	3	30	2,7273	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50%	Tak
1.3.1.1	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	1	15	5,0000	Czy oferent zapewnia audiometr - w lokalizacji?	Tak
1.3.1.2	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	0	15	0,0000	Czy oferent zapewnia kabinę ciszy do badań słuchu - w lokalizacji?	Nie
1.3.1.3	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	1,000	0	15	0,0000	Czy oferent zapewnia urządzenie do badania otoemisji akustycznych - w miejscu?	Nie
1.4.1.1	WYBRANE PARAMETRY ARCHITEKTONICZNE I SANITARNE MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	4,000	0	15	0,0000	Czy oferent zapewnia gabinet diagnostyczno-zabiegowy, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 7 zarz	Nie zapewniam gabinetu diagnostyczno - zabiegowego dostępnego na wyłączność przez 100% czasu pracy p
1.5.1.1	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	3,000	0	3	0,0000	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie
1.6.1.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.2.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.2.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.2.3	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.2.4	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.3.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.3.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.4.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie

1.6.4.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.4.3	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.5.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.5.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.6.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie
1.6.6.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	0,000	0	0	0,0000	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzające..	Nie

DOŚPIĘPNOŚĆ

Lp.	Nazwa grupy pytań	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
1.2.1.1	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	10,000	1	10	1,0000	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie
1.7.1.1	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	2,000	2	5	1,6667	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	Tak
1.7.1.2	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	2,000	0	5	0,0000	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Nie
1.7.1.3	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	2,000	2	5	1,6667	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	Tak

KOMPLEKSOWOŚĆ

Lp.	Nazwa grupy pytań	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
1.8.1.1	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL. ŚW.W DANYM ZAKR.,UWZGL.WSZYSTKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.	3,000	0	5	0,0000	Czy oferent zapewnia możliwość doboru aparatów słuchowych różnymi metodami - w miejscu?	Nie
1.8.1.2	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL. ŚW.W DANYM ZAKR.,UWZGL.WSZYSTKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.	3,000	0	5	0,0000	Czy oferent zapewnia możliwość wykonywania TK lub RM - w lokalizacji?	Nie

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu ilość świadczeń wynosiła 78 505,00 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 82 056,00 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

Wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - należało je oddalić.

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.

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