

WO/ZRP – MZ-1910-D

Gdańsk, dnia 28 listopada 2013 r.

Eter-med. Sp. z o. o.
uL. Żabi Kruk 10
80-822 Gdańsk**DECYZJA nr 630/2013**
z dnia 28 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:

NZOZ ETER-MED Sp. z o.o. ul. Żabi Kruk 10 80-822 Gdańsk
od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000375/AOS/02/1//02.1500.001.02/1
w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
w zakresie: świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej
na obszar: powiat gdański

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie NZOZ ETER-MED Sp. z o.o. 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 01.07.2013 r. – 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej – powiat gdański. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 397.678,70 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 4 oferty na 4 miejsca udzielania świadczeń, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego posiadała braki formalne, które zostały uzupełnione w dniu 28.03.2013 r. Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 495.810,00 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 397.678,70 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z 3 oferentami na 4 miejsca udzielania świadczeń – Odwołujący nie został zaproszony do negocjacji. Komisja po przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami w ramach, których ustalono nowe warunki finansowe (negocjacji podlegała liczba jak i cena), dokonała wyboru ofert zgodnie z pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu.

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano 3 oferentów na 3 miejsca udzielania świadczeń. Oferty Odwołującego się nie wybrano.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000375/AOS/02/1/. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego postępowania w części dotyczącej rozstrzygnięcia zarzucając postępowaniu konkursowemu niezgodność:

- z zasadami równego traktowania świadczeniodawców
- z zasadami uczciwej konkurencji
- z zasadami dbałości o dobro pacjenta
- z zasadami ekonomiki świadczeń

- z zasadami poszanowania interesów prawnych i finansowych świadczeniodawców, w tym Odwołującego się
- z przepisem art.134, art.142 ust 5 pkt.1 oraz art. 148 ustawy o świadczeniach poprzez ich niezastosowanie
- z przepisami art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 roku poprzez ich niezastosowanie;
- z przepisami art. 1 ust 1 oraz art. 2. ust 1. ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 roku poprzez ich niezastosowanie.

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 26.06.2013 r., nie wniósł uwag. 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 kontrola;
5. Oświadczenia członków komisji;
6. Ocena spełnienia warunków formalnych oferty CZĘŚĆ A, B, C – listy kontrolne;
7. Wyniki kontroli oferenta;
8. Upoważnienie do przeprowadzenia kontroli;
9. Wezwanie do usunięcia braków;
10. Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej;
11. Zestawienie spornych elementów oferty w zakresie personelu;
12. Wezwanie do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu;
13. Zestawienie ofert nie spełniających warunków wymaganych;
14. Ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);
15. Protokół z posiedzenia komisji w części niejawnej;
16. Protokół z posiedzenia komisji dokonującego podsumowania postępowania;
17. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania i wniosek o zawarcie umów;
18. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania;

Decyzją nr 316/2013 Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia. Od powyższej decyzji oferent w dniu 05.07.2013 r. wniósł odwołanie do Prezesa NFZ zarzucając:

- niezgodność z zasadami równego traktowania świadczeniodawców,
- niezgodność z zasadami uczciwej konkurencji,
- niezgodność z zasadami dbałości o dobro pacjenta,
- niezgodność z zasadami ekonomiki świadczeń,
- niezgodność z zasadami poszanowania interesów prawnych i finansowych świadczeniodawców, w tym Odwołującego się,
- niezgodność z przepisem art. 134, art. 142 ust. 5 pkt 1 oraz art. 148 ustawy o świadczeniach poprzez ich niezastosowanie,
- niezgodność z przepisami art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych z dnia 27 sierpnia 2009 r. poprzez ich niezastosowanie,
- niezgodność z przepisami art. 1 ust.1 oraz art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001r. poprzez ich niezastosowanie.

Prezes Funduszu decyzją Nr DSOZ/515/2013 z dnia 03.10.2013 r. uwzględnił odwołanie i uchylił decyzję Nr 316/2013 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, naruszył w szczególności art. 7 kpa, art. 10 § 1 i 73 § 1 i § 1a 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. Ponadto Prezes Funduszu wskazał, iż organ I instancji wydając przedmiotową decyzję nr 316/2013, nie podjął wszystkich czynności niezbędnych do dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego sprawy, gdyż nie odniósł się w należyty sposób do wszystkich zarzutów stawianych przez Odwołującego się w odwołaniu z dnia 20.06.2013 r.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o art. 10 kpa umożliwił odwołującemu się zapoznanie z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla odwołującego w dniach od 13.11.2013 r. do dnia 15.11.2013 r., o czym poinformował Odwołującego się pismem znak: WO/AJ-1728-BI z dnia 08.10.2013 r. Odwołujący się nie skorzystał z prawa do zapoznania się z zebraniem materiałem dowodowym.

Rozpoznając ponownie odwołanie złożone przez NZOZ „ETER-MED” Sp. z o. o. w Gdańsku, 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 postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.

Po rozpatrzeniu odwołania NZOZ ETER-MED Sp. z o.o należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując 4 miejsce w rankingu, ale jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

W odwołaniu zaś wnoszący je nie wskazał, jaki konkretny przepis prawa został naruszony w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego, co w konsekwencji naruszyłoby interes prawny Odwołującego się, a nie jego interes faktyczny.

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. Podniesione w odwołaniu argumenty dotyczą przede wszystkim ewentualnego uszczerbku w interesie faktycznym oferenta, który na skutek rozstrzygnięcia nie uzyskał umowy na udzielanie świadczeń. Jednakże nie może to stanowić podstawy do uwzględnienia odwołania.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr 11-13-000375/AOS/02/1//02.1500.001.02/1 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta NZOZ ETER-MED 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 **11-13-000375/AOS/02/1//02.1500.001.02/1** złożono łącznie 4 oferty na 4 miejsca 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	36,727	75,083	60,000
Kryteria cenowe	20,000	12,247	12,809	20,000
	103,000	48,974	87,892	80,000

oferent/l.p.	Punkty za ofertę cenową	Punkty ciągłość	Punkty kompleksowość	Punkty jakość	Punkty dostępność	Punkty pozostałe	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
Samodzielne Publiczne Pogotowie Ratunkowe	12,809		2,500	59,250	13,333		75,083	87,892
Bogusław Jan Zarecki	12,809		2,500	60,000	9,000		71,500	84,309
Zespół Opieki Zdrowotnej MEDICAL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		2,500	52,500	5,000		60,000	80,000
"Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	12,247		2,500	28,227	6,000		36,727	48,974

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu w niniejszym postępowaniu ilość świadczeń wynosiła 44.683,00 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 46.450,00 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego dotyczących oceny jego oferty podczas postępowania konkursowego i sposobu przyznania punktów, co miało wpływ na zajęte miejsce min. w rankingu końcowym należy zauważyć, iż ocena oferty następowała w oparciu o zarządzenie 54/2011/DSOZ ze zm. Oferta max. mogła uzyskać 103 pkt. w tym 83 pkt. za kryteria niecenowe. Odwołujący się otrzymał najmniejszą ilość punktów tj. 36,727 pkt. za kryteria niecenowe i 12,247 za kryteria cenowe co daje łącznie 48, 974 pkt. Wskazana punktacja przyznana ofercie Odwołującego się nie była wystarczająca, aby jego oferta została wybrana w toku przedmiotowego postępowania. Komisja konkursowa dokonała wyboru 3 oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania możliwej wartości zamówienia, których oferty uzyskały w rankingu końcowym łączną liczbę punktów zawierającą się w przedziale od 80,000pkt. do 87,892 pkt. W tym miejscu należy wskazać, iż

wszystkie wyłonione w przedmiotowym postępowaniu podmioty, uzyskały w postępowaniu konkursowym wyższą liczbę punktów w ocenie łącznej, w tym z kryteriów niecenowych, oferując przede wszystkim wyższą jakość udzielanych świadczeń, niż Odwołujący. Za niezasadny należy zatem uznać zarzut N ZOZ ETER – MED. Sp. z o.o. wydatkowania środków publicznych dla podmiotów, które nie zapewniają odpowiednich standardów wykonywanych świadczeń.

Odnosząc się do zarzutu, dotyczącego utrudnionego dostępu do świadczeń w związku z nie wybraniem oferty Odwołującego się podkreślić należy, że ustawa o świadczeniach nie przewiduje zabezpieczenia świadczeń w każdej lokalizacji kraju. W przedmiotowym postępowaniu zostało wyłonionych 3 oferentów do zawarcia kontraktu, wobec czego świadczeniobiorcy będą mogli kontynuować leczenie u wybranych świadczeniodawców.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego się dotyczącym prowadzonych negocjacji, należy wskazać iż w ogłoszeniu o przedmiotowym postępowaniu, podanym do publicznej wiadomości, zostało zawarte zastrzeżenie, zgodnie z którym POW NFZ zastrzegł sobie prawo do przeprowadzenia negocjacji z wybranymi oferentami, których oferty uzyskały wysokie łączne oceny na podstawie kryteriów niecenowych. Do negocjacji zaproszono oferentów, którzy za kryteria niecenowe otrzymali co najmniej 60,000 pkt. Odwołujący się za kryteria niecenowe uzyskał jedynie 36,727 pkt.

Mając na uwadze powyższe uznać należało, iż działanie komisji w przeprowadzeniu negocjacji było prawidłowe, ponieważ było ono zgodne zarówno z ogłoszeniem o przedmiotowym postępowaniu, jak i z przepisem art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym w przypadku podjęcia decyzji o przeprowadzeniu negocjacji z oferentami, w celu ustalenia ceny oraz ilości świadczeń, komisja ma obowiązek ich przeprowadzenie z co najmniej dwoma oferentami.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, co do nieprawidłowego wyliczenia jego punktacji wskazać należy, iż jest on bezzasadny, gdyż wszystkie oferty oceniane były zgodnie z zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ ze zm. oraz stosownie do treści pytań ankietowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zgodnie zaś z zarządzeniem nr 71/2012/DSOZ ze zm. spełnianie warunków wymaganych jest elementem niezbędnym, warunkującym uczestnictwo w postępowaniu konkursowym, natomiast oferty konkurują ze sobą warunkami realizacji świadczeń dodatkowo ocenianymi.

W związku z powyższym szczegółowa ocena oferty Odwołującego kształtowała się następująco:

Nazwa Kategorii	Nazwa grupy pytań	Min liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Czy Dyskwalifikuje	Pytanie	Odpowiedź na pytanie
Jakość	PERSONEL	0	30,000	0,000	Nie	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista chirurgii lub chirurgii ogólnej?	Czas pracy równy lub poniżej 50% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni
				2,727	Nie	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50%	Tak
	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	-5	0,000	0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
				0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
	0,000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie			
	WYBRANE PARAMETRY ARCHITEKTONICZNE I SANITARNE MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	0	15,000	15,000	Nie	Czy oferent zapewnia gabinet diagnostyczno-zabiegowy, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 7 zarz	Tak, zapewniam gabinet diagnostyczno - zabiegowy dostępny na wyłączność przez 100% czasu pracy porad
	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	0	15,000	3,750	Nie	Czy oferent zapewnia anoskop - w miejscu?	Tak
				0,000	Nie	Czy oferent zapewnia aparat rtg - w lokalizacji?	Nie
3,750				Nie	Czy oferent zapewnia rektoskop - w lokalizacji?	Tak	
0,000				Nie	Czy oferent zapewnia ultrasonograf typu 3, umożliwiający badania USG w pełnym zakresie wraz z badani	Nie	
ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	0	3,000	3,000	Nie	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Tak	
RAZEM JAKOŚC		63,000	28,227				
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	0	5,000	1,667	Nie	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	Tak
				1,667	Nie	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak
				1,667	Nie	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźw	Tak
	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ		10,000	1,000	Nie	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie
RAZEM DOSTĘPNOŚĆ			15,000	6,000			
Cena	CENA		20,000	12,247			
Kompleksowość	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL.ŚW.W DANYM ZAKR.,UWZGL.WSZYSTKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.	0	5,000	2,500	Nie	Czy oferent zapewnia możliwość pobrania materiału do badań z oceną cytologiczną/histopatologiczną -	Tak
	MOŻLIWOŚĆ KOMPL.REAL.ŚW.W DANYM ZAKR.,UWZGL.WSZYSTKIE ETAPY I ELEM.PROC.REAL.			0,000	Nie	Czy oferent zapewnia możliwość wykonywania TK lub RM - w lokalizacji?	Nie
RAZEM KOMPLEKSOWOŚĆ			5,000	2,500			

Wskazując na powyższą tabelę, która potwierdza prawidłowość oceny oferty Odwołującego wskazać także należy, iż niezasadne były obawy Odwołującego co do „nie wzięcia pod uwagę” posiadanego przez niego certyfikatu ISO.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego co do stosowania przez kontr-oferentów zaniżonych cen, wskazać należy iż są one niezasadne. Z rankingu końcowego wynika bowiem, iż wszystkie podmioty biorące udział w postępowaniu zaproponowały w kryterium ceny-ceny niższe od ceny oczekiwanej za punkt przez POW NFZ, otrzymując odpowiednią liczbę punktów, zawierającą się w przedziale od 12,247 pkt. do 20,000 pkt. Wskazać w tym miejscu należy, iż obniżenie przez oferenta ceny poniżej ceny minimalnej równej 0,9 części ceny oczekiwanej, nie skutkowało dalszym zwiększeniem punktacji w kryterium cenowym.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 142 ust. 5 pkt 1 i art. 148 ustawy o świadczeniach polegającego na pominięciu zawartego w tych przepisach kryterium porównania ofert, tj. kryterium ciągłości, co zdaniem Odwołującego skutkuje wadliwością przeprowadzonej oceny ofert wyjaśnić należy, iż ww. przepisy tj. art. 142 ust. 5 czy też art. 148 ustawy o świadczeniach mają zastosowanie do postępowań konkursowych w ujęciu ogólnym. Niemniej jednak kryteria oceny mogą się zmieniać w zależności od zakresu świadczeń, na który prowadzony jest konkurs. Powyższe regulują przepisy zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm., gdzie w § 1 ust. 2 wskazano, że „Szczegółowe parametry kryteriów oceny, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 oraz wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne rodzaje lub zakresy świadczeń opieki zdrowotnej określa załącznik nr 1 do zarządzenia. W Tab. 1.13.1 (załącznika nr 1 do zarządzenia nr 73/2012/DSOZ) dotyczącej szczegółowych parametrów kryteriów niecenowych oceny ofert oraz ich wagi punktowe dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nie zawarto kryterium ciągłości. To powoduje, iż ocena ofert w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej według tego kryterium nie była dokonywana.

Wskazać przy tym należy, iż zatrudnienie przez Odwołującego wykwalifikowanego personelu, czy też posiadanie nowoczesnej aparatury medycznej, nie stanowi gwarancji wyboru jego oferty. Elementy te zostały uwzględnione w procesie oceny oferty i skutkowało przyznaniem ofercie stosownej ilości punktów.

Wskazując na powyższe uznać należało, iż zarzuty Odwołującego się dotyczące nieprawidłowej oceny ofert, uznać za bezzasadne.

Dodać należy, iż zarzut dotyczący naruszenia w postępowaniu art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, bez wskazania na czym to naruszenie polegało, również 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.

Ponadto mając na uwadze wskazania dla organu I instancji zawarte w decyzji Prezesa NFZ nr DSOZ/515/2013 z dnia 3 października 2013r., dotyczące udostępnienia Odwołującemu się akta konkurencyjnych ofert, wskazać należy, iż pismem z dnia 08 października 2013r. Dyrektor POW NFZ poinformował N ZOZ ETER – MED Sp. z o.o. o możliwości zapoznania się z dokumentami postępowania, w tym dokumentami podmiotów konkurencyjnych w postępowaniu konkursowym wobec Odwołującego się, przed wydaniem decyzji. Odwołujący się, do dnia wydania niniejszej decyzji nie skorzystał z możliwości zapoznania się z dokumentacją w sprawie.

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