

WO/ZRP – 1960/JWM-D

Gdańsk, dnia 18 grudnia 2013 r.

Hanna Teresa Dembicka
ul. Cygańska Góra 22/8
80-171 Gdańsk**DECYZJA nr 647/2013****z dnia 18 grudnia 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”, w związku z art. 138 § 2 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Hanna Teresa Dembicka
ul. Cygańska Góra 22/8, 80-171 Gdańsk
od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000234/AOS/02/1/02.1600.001.02/1
w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna
w zakresie: świadczenia w zakresie okulistyki
na obszar: 2261 Gdańsk

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:
Oddala odwołanie Hanny Teresy Dembickiej.

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 okulistyki na obszar miasta Gdańska. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 4 473 745,20 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

Zgodnie z ogłoszeniem, oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13.03.2013r., a otwarcie miało nastąpić w siedzibie POW NFZ w dniu 15.03.2013r. Decyzją Dyrektora na wniosek komisji konkursowych termin składania ofert zmieniony został na dzień 18.03.2013r. a otwarcia ofert na dzień 20.03.2013r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęły w terminie trzydzieści dwie oferty, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała następujące braki formalne: brak oświadczenia o przedłużeniu polisy OC na cały okres trwania umowy oraz nieprawidłowo wypełnione „Oświadczenie oferenta o wpisach do rejestrów”. Braki zostały uzupełnione w terminie.

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 8 555 904,80 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 4 473 745,20 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z siedemnastoma oferentami na dwadzieścia jeden miejsc udzielania świadczeń (komisja konkursowa do przeprowadzenia negocjacji zaprosiła taką liczbę oferentów uszeregowanych wg liczby punktów osiągniętych za kryteria niecenowe, która zapewniła możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia). Odwołujący się nie został zaproszony do negocjacji z uwagi na zbyt niską w porównaniu z kontroferentami punktację za kryteria niecenowe (patrz: tabelka „Ocena ofert wybranych i odwołującego”). Negocjacje dotyczyły: liczby i ceny świadczeń.

W wyniku rozstrzygnięcia niniejszego postępowania, wybrano piętnastu oferentów na osiemnaście miejsc udzielania świadczeń.

W dniu 19.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000234/AOS/02/1/02.1600.001.02/1. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego rozstrzygnięcia podnosząc, że jest specjalistą z II stopniem specjalizacji ze stażem klinicznym. Opieką obejmuje kilka tysięcy, głównie starszych osób, a także poniósł znaczne nakłady na sprzęt specjalistyczny, niezbędny do udzielania świadczeń.

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego Odwołujący się został poinformowany o tym, że posiada prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie, istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

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

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;
9. Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej;
10. Potwierdzenie uzupełnienia braków formalnych;
11. Zestawienie spornych elementów oferty w zakresie personelu;
12. Zestawienie ofert nie spełniających warunków wymaganych;
13. Ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);
14. Protokół końcowy z negocjacji;
15. Protokół z posiedzenia komisji w części niejawniej;
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 206/2013 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 komisji konkursowej brak

możliwości wglądu do konkurencyjnych wybranych ofert oraz nieudostępnienie wykazu pracowników NFZ, którzy przeprowadzali wizytacje nowych placówek oraz brak zachowania jednakowych kryteriów i zasad uczciwej konkurencji wobec wszystkich oferentów poprzez zastosowanie systemu informatycznego.

Prezes Funduszu decyzją Nr 2013/540/DSOZ z dnia 17.10.2013 r. uwzględnił odwołanie i uchylił decyzję Nr 206/2013 Dyrektora POW NFZ, uznając trafność zarzutów dot. naruszenia przepisów postępowania w stopniu mającym istotny wpływ na wynik sprawy.

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

Organ I instancji kierując się wskazaniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o art. 10 kpa umożliwił odwołującemu się zapoznanie z zebraniem w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla odwołującego w dniach od 03.12.2013 r. do dnia 05.12.2013 r., o czym poinformował Odwołującego się pismem znak: WO/AJ-1797-BI z dnia 29.10.2013 r. Odwołujący się nie skorzystał z prawa do zapoznania się z zebraniem materiałem dowodowym.

Rozpoznając ponownie odwołanie złożone przez Hannę Teresę Dembicką, 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 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 17.02.2012 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.

Po rozpatrzeniu odwołania Hanny Teresy Dembickiej należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, ale jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

W odwołaniu nie zostało wykazane naruszenie interesu prawnego Odwołującego się.

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. Wskazane przez odwołującego w odwołaniu argumenty dotyczą uszczerbku w jego interesie faktycznym skoro brak kontraktu z Funduszem będzie miał niekorzystny wpływ na działalność i sytuację finansową podmiotu jednakże interes faktyczny nie jest tożsamy z interesem prawnym.

Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr 11-13-000234/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta Hannę Teresę Dembicką 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 11-13-000234/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 złożono łącznie trzydzieści dwie oferty na trzydzieści sześć miejsc udzielania świadczeń. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą liczbę 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	40,061	80,273	67,818
Kryteria cenowe	20,000	20,000	20,000	20,000
	103,000	60,061	100,273	87,818

oferent/l.p.	Punkty za ofertę cenową	Punkty ciągłość	Punkty kompleksowość	Punkty jakość	Punkty dostępność	Punkty pozostałe	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie
Poradnia Okulistyczna "VISUS" s.c.	20,000		5,000	60,273	15,000		80,273	100,273
"Laguna Medical" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	60,273	15,000		80,273	100,273
"OKO LENS" A.Harasimiuk, E.Szpilczyńska - Lekarze specjaliści, spółka partnerska	20,000		5,000	58,636	15,000		78,636	98,636
"DOBRY WZROK" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	60,273	13,000		78,273	98,273
Pryzmat Okulistyka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	58,636	13,000		76,636	96,636
"Spółka Medyczna Gdańsk Południe" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	56,182	15,000		76,182	96,182
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	57,545	13,000		75,545	95,545
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	57,545	13,000		75,545	95,545
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		5,000	60,273	9,000		74,273	94,273
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Gdańsku	17,865		5,000	57,545	13,000		75,545	93,410
Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000		0,000	57,545	15,000		72,545	92,545

"Lekarze Specjaliści" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	16,180	5,000	56,182	15,000	76,182	92,362
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Przychodnia Morena" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000	5,000	57,545	9,000	71,545	91,545
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	20,000	5,000	48,454	15,000	70,545	90,545
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "STOGI" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000	5,000	56,182	9,000	70,182	90,182
Beata Teresa Parulska-Gilis	20,000	5,000	50,455	13,000	68,455	88,455
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	20,000	5,000	52,545	13,000	68,454	88,454
Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	20,000	5,000	49,818	13,000	67,818	87,818
"Nadmorskie Centrum Medyczne" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000	5,000	56,182	6,000	67,182	87,182
Katarzyna Małgorzata Jaglak	20,000	5,000	49,091	13,000	67,091	87,091
"Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000	5,000	45,727	15,000	65,727	85,727
Joanna Wybrańska-Konefka	20,000	5,000	49,091	11,333	65,424	85,424
7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Imienia Kontradmirala Profesora Wiesława	18,989	5,000	51,182	9,000	65,182	84,171
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Centrum Okulistyczne Niedźwiednik" s.c.	20,000	5,000	44,091	15,000	64,091	84,091
Grupowa Praktyka Lekarska Lekarze Okuliści i Dermatolodzy Ewa Mielewczyk, Elżbieta Cichowska, Ewa Sokołowska, Marek Królikowski	20,000	5,000	44,091	15,000	64,091	84,091
"INTERMEDICA LOGISTIC" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20,000	5,000	49,091	9,000	63,091	83,091
"Gdańskie Centrum Zdrowia" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	13,371	5,000	47,091	13,000	65,091	78,462
Falck Medycyna Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	15,618	5,000	45,955	9,000	59,955	75,573
Doroła Raczyńska	11,124	5,000	39,091	13,000	57,091	68,215
"Przychodnia Brzeźno" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	13,371	5,000	39,818	9,000	53,818	67,189
SWISSMED Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna	10,000	5,000	38,227	9,000	52,227	62,227
Hanna Teresa Dembicka	20,000	0,000	32,728	7,333	40,061	60,061
LUX MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	15,618	0,000	35,227	9,000	44,227	59,845
Szymon Krupka	14,494	0,000	38,182	6,000	44,182	58,676
POLMED Spółka Akcyjna	16,180	5,000	20,273	6,000	31,273	47,453
POLMED Spółka Akcyjna	14,607	5,000	21,636	6,000	32,636	47,243

W postępowaniu Komisja prowadziła negocjacje z oferentami których oferty, po ich otwarciu, uplasowały się najwyżej w rankingu. Z oferentem ISPL dr. Med. Hanny Dembickiej nie prowadzono negocjacji bowiem przedmiotem tychże mogą być wyłącznie cena i liczba punktów. Oferta odwołującego się nawet przy maksymalnym obniżeniu wartości punktu (tzn. o 10% rankingujące obniżenie ceny w stosunku do ceny oczekiwanej) i tak nie uzyskalaby wystarczającej liczby punktów oceny umożliwiającej jej wybranie i zawarcie umowy.

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu liczba świadczeń wynosiła 502 668 pkt, a liczba zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 559 448 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

Mając na uwadze wskazania dla organu I instancji zawarte w decyzji Prezesa NFZ nr 2013/540/DSOZ z dnia 17 października 2013 r., pismem z dnia 29.10.2013 r. Dyrektor POW NFZ poinformował odwołującego się 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.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującej, dotyczących oceny oferty podczas postępowania konkursowego i sposobu przyznania punktów, należy zauważyć, iż ocena ofert następowała w oparciu o zarządzenie nr 54/2011/DSOZ ze zm. Wskazać należy, że analiza zarządzenia nr 54/2011/DSOZ ze zm. dowodzi, że oferta mogła uzyskać maksymalnie 103 punktów, w tym:

- w kryterium jakości: 1) za personel - maksymalnie 30 punktów; 2) za sprzęt i aparaturę medyczną - maksymalnie 15 punktów; 3) za wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń - maksymalnie 15 punktów; 4) za zewnętrzną ocenę jakości - maksymalnie 3 punktów; 5) za wyniki kontroli przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia - maksymalnie 0 punktów (minimalnie -5 punktów);
- w kryterium kompleksowości: za dostęp do badań i zabiegów - maksymalnie 5 punktów;
- w kryterium dostępności: 1) za odpowiedni harmonogram pracy komórki organizacyjnej maksymalnie 10 punktów; 2) za odpowiedni dotyczące dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo - maksymalnie 5 punktów;
- w kryterium ceny - maksymalnie 20 punktów.

Natomiast oferta Odwołującej uzyskała w przedmiotowym postępowaniu łączną ocenę w wymiarze 60.61 punktów. Ta punktacja przyznana ofercie Odwołującej nie była wystarczająca, aby jej oferta została wybrana do zawarcia umowy, w toku przedmiotowego postępowania, bowiem oferty podmiotów wybranych uzyskały w rankingu końcowym łączną ocenę zawierającą się w przedziale od 87.818 do 100.273 punktów (po zsumowaniu ocen ze wszystkich podlegających ocenie kryteriów).

Odnosząc się do kwestii „dopuszczenia” nowych jednostek w Gdańsku do zawarcia umowy w przedmiotowym zakresie, a także w kontekście posiadania przez Odwołującą długoletniego kontraktu z Funduszem, co zapewniało ciągłość świadczeń jej pacjentom, wskazać należy, iż niniejsze zarzuty są chybione.

W tym miejscu należy podnieść, że Prezes Funduszu w zapisie § 1 ust. 2 zarządzenia 54/2011/DSOZ ze zm. wskazał, iż: „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”. Natomiast w załączniku tym szczegółowe parametry kryteriów niecenowych oceny ofert oraz ich wagi punktowe

w odniesieniu do przedmiotowego postępowania określone zostały w „Tab. 1.13.1 ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Wyjaśnić należy, iż w Tab. 1.13.1 nie zawarto kryterium ciągłości, co jednoznacznie wskazuje, iż ocena ofert w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej według tego kryterium nie jest dokonywana (dowód - *Tab. 1.13.1 ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowiąca* załącznik nr 1 do zarządzenia nr 73/2012/DSOZ ze zm.).

Stwierdzić należy również, że kryterium ciągłości nie znajduje zastosowania przy tego rodzaju świadczeniach. Faktem jest, iż w latach 2005-2009 w postępowaniach konkursowych premiowano placówki, które miały już wcześniej podpisany kontrakt z Funduszem, poprzez przyznanie dodatkowych punktów z tego tytułu. Fundusz stał wówczas na stanowisku, iż korzyści jakie odnoszą pacjenci z tytułu możliwości kontynuowania leczenia u tego samego świadczeniodawcy przeważają nad negatywnymi skutkami tej praktyki. Takie stanowisko okazało się niezgodne z prawem, gdyż dyskryminowano oferentów, którzy po raz pierwszy przystępowali do konkursów na świadczenie usług medycznych. W dniu 10 lipca 2009 r. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) wydał decyzję nr RWA -9/2009 nakazującą Funduszowi zaniechanie tej praktyki.

Wyrokiem z dnia 23 maja 2012 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie (sygn. akt VI ACa 1142/11) podtrzymał ostatecznie decyzję Prezesa UOKiK, uzasadniając, że kryterium posiadania umowy z Funduszem nie jest merytoryczne, a naliczenie z tego powodu dodatkowych punktów jest niezgodne z prawem.

Podkreślenia wymaga również fakt, iż posiadanie przez Odwołującą m.in. nowoczesnego sprzętu, nie stanowi gwarancji wyboru jej oferty. Zadeklarowanie przez Odwołującą w złożonej ofercie realizacji świadczeń przez doświadczony i wykwalifikowany personel, czy też dysponowanie nowoczesnym sprzętem i aparaturą, zostało bowiem uwzględnione w procesie oceny oferty i skutkowało przyznaniem stosownej ilości punktów oceny.

Wskazać należy również, że wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez Odwołującą odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

Odnosząc się do wyliczenia punktacji oferty Odwołującej wskazać należy, iż w przedmiotowym postępowaniu jej oferta, jak i oferty pozostałych oferentów, oceniane były w kryteriach: jakości, dostępności, kompleksowości i ceny, zgodnie z zarządzeniem 54/2011/DSOZ ze zm., stosownie do treści pytań ankietowych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: świadczenia w zakresie okulistyki. Łączna ocena oferty wynikała ze zsumowania

wszystkich poszczególnych ocen w każdym z podlegających ocenie kryteriów.

Zgodnie z zarządzeniem 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. Zarówno warunki wymagane, jak i rankingujące obowiązujące w przedmiotowym postępowaniu były jawne, stanowią bowiem załącznik nr 3 część „a” ww. zarządzenia.

Dokładna ocena oferty Odwołującego kształtowała się następująco:

Nazwa Kategorii	Nazwa grupy pytań	Min liczba punktów do uzyskania	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Czy skalowalne	Min liczba punktów do uzyskania - skalowane	Max liczba punktów do uzyskania - skalowane	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu	Czy Dyskwalifikuje	Pytanie	Odpowiedź na pytanie	
Jakość	PERSONEL	0,00	30,00	30,00	Tak	0,00	30,000	27,2727	Nie	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista okulistyki?	Czas pracy powyżej 75% do 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	
		0,00	3,00	0,00	Tak			0	Nie	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50%	Nie	
		-1,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie	
			-3,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-1,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-3,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-3,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-2,00	0,00	0,00	Tak	-5,00	0,000	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-1,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-1,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-2,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-2,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-2,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-2,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
			-2,00	0,00	0,00	Tak	0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie		

		-3,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
		-3,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	Nie	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego	Nie
		-3,00	0,00	0,00	Tak			0,0000	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	4	0	Tak		15,000	0	Nie	Czy oferent zapewnia gabinet diagnostyczno-zabiegowy, o którym mowa w paragrafie 2 ust. 1 pkt 7 zarządzenia	Nie zapewniam gabinetu diagnostyczno - zabiegowego dostępnego na wyłączność przez 100% czasu pracy poradni
	SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	0	1	1	Tak	0	15,000	1,3636	Nie	Czy oferent zapewnia autorefraktometr lub autokeratorefraktometr - w miejscu?	Tak
		0	1	0	Tak	0		0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia oct - w miejscu?	Nie
		0	1	0	Tak	0		0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia laser okulistyczny - w lokalizacji?	Nie
		0	1	0	Tak	0		0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia tonometr aplanacyjny - w miejscu?	Nie
		0	1	1	Tak	0		1,3636	Nie	Czy oferent zapewnia gonioskop - w miejscu?	Tak
		0	1	1	Tak	0		1,3636	Nie	Czy oferent zapewnia soczewkę volka - w miejscu?	Tak
		0	1	1	Tak	0		1,3636	Nie	Czy oferent zapewnia perymetr statyczny - w miejscu?	Tak
		0	1	0	Tak	0		0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia hrt - w miejscu?	Nie
		0	1	0	Tak	0		0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia pachymetr - w miejscu?	Nie
		0	1	0	Tak	0		0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia ultrasonograf - w lokalizacji?	Nie
		0	1	0	Tak	0		0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia gdx - w miejscu?	Nie
	ZEWNETRZNA OCENA JAKOŚCI	0	3	0	Tak	0	3,000	0,0000	Nie	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie
	RAZEM JAKOŚC						63,000	32,728			
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	0	2	2	Tak	0	5,000	1,6667	Nie	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	Tak
		0	2	2	Tak			1,6667	Nie	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak
		0	2	0	Tak			0,0000	Nie	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig	Nie
	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	0	10	4	Tak		10,000	4,000	Nie	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	Powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie
	RAZEM DOSTE						15,000	7,333			

PNOŚĆ											
Kompleksowość	MOŻLIWOŚĆ KOMPL. REAL. ŚW. W DANYM ZAKR., U WZGL. WS ZYSTKIE ETAPY I ELEM. PR OC. REAL.	0	3	0	Tak	0	5,000	0,000	Nie	Czy oferent zapewnia możliwość wykonywania świadczeń: angiografia fluoresceinowa lub angiografia indocyjaninowa lub badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku - w lokalizacji lub dostępie?	Nie
RAZEM KOMPL. EKSP. OŚĆ							5,000	0,000			
Cena	CENA				Tak		20,000	20,000			

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

