

znak: WO-ZRP/ 476 - D

Gdańsk, dnia 24 kwietnia 2013 r.

**NZOZ Mammo-Med Centrum Diagnostyki  
i Usług Medycznych sp. z o.o.**  
ul. Schuberta 104  
80-172 Gdańsk**DECYZJA nr 121/2013**

z dnia 24 kwietnia 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 (Dz. U. Nr 210; poz. 2135 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**NZOZ Mammo-Med  
Centrum Diagnostyki i Usług Medycznych sp. z o.o.**

od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-11-000045/PRO/10/1/10.7940.157.02/1  
w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne  
w zakresie: program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy dla obszaru powiatu kartuskiego,

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie NZOZ Mammo-Med Centrum Diagnostyki i Usług Medycznych sp. z o.o.
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

**Uzasadnienie**

W dniu 15 września 2010 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 6 października 2010r., otwarcie nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 11 października 2010r. W ogłoszeniu wskazano

obowiązujące przepisy dotyczące wymogów jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

W dniu 18.11.2010 r. oferent został zaproszony na negocjacje w zakresie program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy. Negocjowano ilość punktów. Wynegocjowane warunki zostały zawarte w protokole zawierającym klauzulę o treści: „Podpisanie protokołu negocjacyjnego NIE jest gwarancją wybrania oferty. Wynegocjowane warunki zostaną wzięte pod uwagę przy tworzeniu rankingu końcowego. Ranking tworzony jest na podstawie sumy punktów za kryteria niecenowe i punktów wynikających z ceny punktu.

Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu”.

Oferent otrzymał za kryteria cenowe 30,000 punktów, za kryteria niecenowe 53,333 punktów - łącznie 83,333 punktów. W postępowaniu została wybrana jedna oferta do realizacji świadczeń zdrowotnych od 01.01.2011 do 31.12.2013, która uzyskała za kryteria cenowe 30,000 punktów, za kryteria niecenowe 55,833 punktów, łącznie 85,833 punktów.

Świadczenia w powyższym zakresie zostały zabezpieczone.

Decyzją nr 356/2010 z dnia 3 grudnia 2010 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie wniesione przez oferenta w dniu 29.11.2010 r. ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia. Od decyzji powyższej oferent wniósł odwołanie zarzucając naruszenie art. 10 KPA poprzez ograniczenie dostępu do akt sprawy oraz naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach a tym samym naruszenie zasady równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy.

Prezes Funduszu decyzją nr 2011/254/DSOZ z dnia 08 marca 2011 r oddalił odwołanie oferenta nie dopatrując się naruszenia powyższych przepisów. Na decyzję organu II instancji oferent złożył skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego wnioskując o jej uchylenie jak również o uchylenie poprzedzającej ją decyzji organu I instancji.

Wyrokiem z dnia 27 października 2011 r w sprawie VI SA/Wa 1097/11 WSA w Warszawie uchylił obydwie decyzje uznając trafność zarzutów naruszenia przepisów postępowania w stopniu mającym istotny wpływ na wynik sprawy.

Zdaniem WSA w trakcie postępowania administracyjnego wszczętego na wniosek oferenta (z chwilą złożenia przez niego odwołania) organ jest zobowiązany wyjaśnić i uzasadnić dlaczego jeden z oferentów otrzymał podaną przez komisję konkursową ilość punktów. Dla wykazania i uzasadnienia prawidłowego rozstrzygnięcia konkursu konieczne jest, zdaniem Sądu, przeprowadzenie analizy porównawczej oferty skarżącej w relacji do oferty podmiotów, które konkurs wygrały i przedstawienie tej analizy w uzasadnieniu decyzji co do każdego z kryteriów ocen. W szczególności Sąd uznał za niezbędne dla oceny prawidłowości przeprowadzonego postępowania konkursowego okazanie oferentowi ofert tych oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym, których oferty zostały ocenione wyżej niż oferta odwołującego się. Organ I instancji kierując się wskazaniem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego zawartymi w wyroku z dnia 27.10.2011 r ustalił i zważył co następuje:

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

Zgodnie z treścią art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługują środki odwoławcze i skarga (...).

Przepis ten 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 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 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. Natomiast sposobem gwarantującym prowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji jest prowadzenie postępowania w taki sposób by nie dopuścić do przekazania, ujawnienia lub wykorzystania informacji stanowiących tajemnicę danego podmiotu - osobom trzecim. Należy dodatkowo mieć na uwadze, iż w myśl art. 138 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej - do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów ustawy o zamówieniach publicznych. W tej sytuacji nie można nawet w drodze analogii stosować „wypracowanego” orzecznictwa w przedmiocie zamówień publicznych. Aktami sprawy administracyjnej są zatem jedynie te dokumenty, które dotyczą strony postępowania a nie pozostałe oferty podmiotów uczestniczących w konkursie ofert.

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

Wszyscy oferenci zaproszeni do negocjacji, spełniali wymagania, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu profilaktycznej programy zdrowotnej oraz Zarządzenia Nr 57/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktycznej programy zdrowotnej oraz Zarządzenia Nr 11/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktycznej programy zdrowotnej. Komisja konkursowa ma za zadanie wynegocjowanie jak najkorzystniejszych warunków u oferentów spełniających w/w wymagania. Wszelkie ustalenia dokonywane są wyłącznie w formie pisemnej i mają odzwierciedlenie w protokole z negocjacji.

Ocena ofert odbywała się przez system informatyczny na podstawie Zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późniejszymi zmianami).

Wskazać należy, iż oferta została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w przepisach prawa. Należy przy tym podkreślić, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, był uprawniony do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś odwołujący się NZOZ Mammo-Med Centrum Diagnostyki i Usług Medycznych sp. z o.o., w oświadczeniu załączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy, 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 obowiązującymi przepisami oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów.

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

Oferta skarżącego 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 11-11-0000045/PRO/10/1/10.7940.157.02/1 złożono łącznie 5 ofert. 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 przedstawiała się następująco:

Pytanie	Pkt. MAX		Mammo-Med.
<b>ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	<b>10,000</b>	<b>10,000</b>	<b>10,000</b>
Czy świadczenia są udzielane przez lekarza specjalistę radiologii lub radiodiagnostyki lub radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w zakresie radiodiagnostyki z udokumentowanym doświadczeniem w dokonywaniu oceny mammografii skryningowych (co najmniej 2 lekarzy), przy czym każdy z lekarzy ocenia co najmniej 500 mammografii skryningowych rocznie?	2,500	2,500	2,500
Czy w realizacji świadczeń uczestniczy technik elektroradiologii z udokumentowanym szkoleniem w zakresie prowadzenia kontroli jakości oraz z udokumentowanym doświadczeniem w wykonywaniu mammografii (wykonywanie co najmniej 1000 mammografii rocznie)?	2,500	2,500	2,500
Czy oferent zapewnia sprzęt i aparaturę o parametrach nie niższych niż do mammografii skryningowej obu piersi*?	2,500	2,500	2,500
Czy oferent spełnia wymagania w zakresie kontroli jakości, określone w pkt. E Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.	2,500	2,500	2,500

U. Nr 140, poz. 1148)?			
<b>DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO</b>	<b>5,000</b>	<b>3,333</b>	<b>3,333</b>
Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,667	0,000	1,667
Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,667	1,667	0,000
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?	1,667	1,667	1,667
<b>PERSONEL</b>	<b>25,000</b>	<b>25,000</b>	<b>25,000</b>
Czy świadczeń udziela lekarz specjalista w dziedzinie radiologii?	19,231	19,231	19,231
Czy w realizacji świadczeń uczestniczy technik elektroradiologii po szkoleniu w zakresie kontroli jakości prowadzonym przez PLTR lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez PLTR lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez PLTR?	5,769	5,769	5,769
<b>SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA</b>	<b>15,000</b>	<b>15,000</b>	<b>15,000</b>
Czy oferent zapewnia mammograf spełniający warunek: prawidłowe wyniki testów specjalistycznych?	15,000	15,000	15,000
<b>ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI</b>	<b>5,000</b>	<b>2,500</b>	<b>0,000</b>
Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	2,500	0,000	0,000
Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	2,500	2,500	0,000
<b>CENA</b>	<b>30,000</b>	<b>30,000</b>	<b>30,000</b>
<b>Suma punktów</b>	<b>90,000</b>	<b>85,833</b>	<b>83,333</b>

Oferent, wezwany na podstawie art. 10 KPA, do zapoznania się z dokumentami zebranymi w toku postępowania odwoławczego w dniu 22.04.2013 r. zapoznał się z ofertą oferenta, którego

oferta została wybrana i nie wniósł w tym zakresie uwag. Oferent został poddany kontroli w trakcie Konkursu; wskazał na brak wzmianki o tym fakcie w Protokole sporządzonym w części niejawniej przez Komisję konkursową, natomiast nie zaprzeczył temu faktowi. W związku z powyższym organ uznał, że brak wzmianki o tym w Protokole pozostaje bez wpływu na wynik postępowania.

Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone. W planie zakupu świadczeń zaplanowane było 9 486 punktów po cenie oczekiwanej 10,00 zł, natomiast w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego zakupiono 10 540 punktów po cenach niższych niż cena oczekiwana.

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, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

#### **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.

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

*Barbara Kawińska*