

znak: WO-ZRP/ 482 -D

Gdańsk, dnia 10 maja 2013 r

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Przychodnia Lekarska**  
**82-200 Starogard Gdański**  
**Ul. Hallera 21**

**DECYZJA nr 123/2013**  
**z dnia 10 maja 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 oraz art. 142 ust. 5 pkt 1 w zw. z art. 148 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. Nr 164 z 2008r.; poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą” po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13000071/POZ/0112/01.0000.156.16/1

**w rodzaju:** podstawowa opieka zdrowotna

**w zakresie:** świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50 000 osób- ryczałt miesięczny- ogłoszonego dla obszaru: miasto i gmina Starogard Gdański, gmina Kaliska, gmina Skarszewy, gmina Czarna Woda, gmina Zblewo

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie.
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

## Uzasadnienie

W dniu 19 grudnia 2012 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100 000 osób – ryczałt miesięczny dla obszaru: miasto i gmina Starogard Gdański, gm. Kaliska , gm. Skarszewy, gm. Czarna Woda, gm. Zblewo.

Oferent został poinformowany o sposobie wyliczenia ceny oczekiwanej w komunikacie, który ukazał się na stronie internetowej POW NFZ w dniu 20.12.2012 roku.

Wartość postępowania: 1 209 580 zł.

Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć do 08.01.2013 r., otwarcie ofert nastąpiło w siedzibie NFZ POW w dniu 10.01.2013 r. Na ogłoszone postępowanie wpłynęły 4 oferty.

Ofertę odwołującego się sprawdzono pod względem spełnienia warunków formalno-prawnych. W dniu 14.01.2013 r. oferent został wezwany do uzupełnienia braków formalnych. Braki zostały uzupełnione w terminie.

Wszyscy oferenci biorący udział w w/w postępowaniu, spełnili wymagania o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (ze zm.) oraz Zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.).

Rozstrzygnięcie konkursu odbyło się na podstawie rankingu końcowego, bez przeprowadzenia negocjacji z poszczególnymi oferentami.

W terminie wynikającym z art. 154 ust.1 ustawy wpłynęło do NFZ POW odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13000071/POZ/0112/01.0000.156.16/1

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego oferent 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. W dniu 15 lutego 2013 Dyrektor Oddziału wydał decyzję nr 10/2013, która oddalił odwołanie

oferenta od rozstrzygnięcia Komisji Konkursowej. Od decyzji powyższej oferent wniósł odwołanie do Prezesa NFZ. Prezes decyzją nr 2013/236/DSOZ w dniu 12 marca 2013 r. uchylił decyzję nr 10/2013 Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. W uzasadnieniu decyzji organ II instancji wskazując na sprzeczność ustaleń organu I instancji z zebraniem w sprawie materiałem zobowiązał jednocześnie ten organ do usunięcia sprzeczności poprzez ponowne rozpoznanie sprawy.

Organ I instancji, będąc zawiązanym wskazaniami organu II instancji, 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 (...). Jednym z nich, jest zgodnie z art. 154 ust. 1, odwołanie wnoszone do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu a dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. W odwołaniu wniesionym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska w Starogardzie Gdańskim, brak jest zarzutów dotyczących rozstrzygnięcia postępowania. Ponadto odwołujący nie wykazał, w jaki sposób naruszony został w tym postępowaniu jego interes prawny. Podkreślić należy, iż oferta świadczeniodawcy została przez Komisję konkursową przyjęta do postępowania i poddana ocenie według jednolitych kryteriów. Niezrozumiałym jest zatem podnoszenie zarzutu ograniczania konkurencji w postępowaniu konkursowym i to w kontekście naruszenia jego interesu prawnego.

Zgodnie natomiast z treścią art. 134 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.

Nadto art. 140 ust. 2 pkt 1 wskazuje, że przedmiotu zamówienia nie można opisywać w sposób, który mógłby utrudniać uczciwą konkurencję.

Oferent został zobowiązany do dostarczenia wskazanych dokumentów w terminie do dnia 17 stycznia 2013 r. Wszystkie braki formalne oferty SPZOZ Przychodnia Lekarska zostały uzupełnione w terminie.

Wszystkie pozostałe podmioty biorące udział w postępowaniu również zostały wezwane do usunięcia braków formalnych złożonych ofert. Wszystkie braki formalne ofert złożonych do postępowania zostały usunięte w terminie. W dniu 18 stycznia 2013 r. SPZOZ Przychodnia Lekarska została wezwana do wyjaśnienia elementów spornej oferty w zakresie personelu, poprzez przedstawienie dokumentów potwierdzających prawidłowość złożonej oferty lub zmianę w części spornej w terminie do dnia 25 stycznia 2013 r., pod rygorem odrzucenia oferty.

Na podstawie oświadczeń przesłanych przez Oferenta, komisja konkursowa uznała elementy sporne jego oferty w zakresie personelu za wyjaśnione.

Komisja konkursowa przeprowadziła kontrole 3 oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu. Kontrola miejsca udzielania świadczeń oferowanego przez SPZOZ Przychodnia Lekarska, została przeprowadzona w dniu 16 stycznia 2013 r. Wszystkie przeprowadzone w toku przedmiotowego postępowania kontrole potwierdziły zgodność złożonych ofert ze stanem faktycznym.

Zgodnie z protokołem z posiedzenia komisji w części jawnej z dnia 30 stycznia 2013 r. 4 oferty zostały przyjęte do dalszego postępowania. W części jawnej postępowania żaden z podmiotów biorących w nim udział nie złożył protestu na czynności komisji konkursowej. Żadna ze złożonych ofert nie została odrzucona.

W dniu 30 stycznia 2013 r. komisja konkursowa sporządziła ranking otwarcia, szeregujący oferty złożone do przedmiotowego postępowania według przyznanej im wstępnie liczby punktów oceny. Oferta SPZOZ Przychodnia Lekarska zajęła w rankingu otwarcia 3 pozycję, uzyskując łącznie 82,617 punktu oceny, w tym w ramach kryterium jakości 18,714 punktu oceny, w ramach kryterium dostępności 5 punktów oceny, w ramach kryterium kompleksowości 8,903 punktu oceny, a w ramach kryterium ceny 50 punktów oceny.

Biorąc pod uwagę treść ofert złożonych do postępowania oraz charakterystykę kontraktowanych świadczeń, komisja konkursowa zadecydowała nie prowadzić negocjacji, o których mowa w art. 142 ust. 6 *ustawy o świadczeniach*.

Odnosząc się zatem do zarzutów podniesionych w odwołaniu należy wskazać co następuje:

Podanie w ogłoszeniu tzw. „ceny oczekiwanej” jest obowiązkiem oddziału wojewódzkiego przeprowadzającego konkurs. Cena oczekiwana stanowi jeden z elementów dokonywania oceny złożonej oferty, pozwala bowiem na porównanie zaproponowanej przez oferenta ceny z ceną oczekiwaną a zatem wpływa na miejsce danej oferty w rankingu.

Cena stanowi jeden z elementów rankingujących a więc ma wpływ na ilość punktów możliwych do uzyskania przez oferenta. Jednakże jej obniżanie o więcej niż 10 % ceny oczekiwanej nie ma już wpływu na ilość punktów w rankingu. Porównanie zostało zawarte w dokumencie pn. ranking końcowy, który został oferentowi okazany w trybie art. 10 kpa.

Zdaniem Dyrektora Oddziału w niniejszej sprawie jest bez znaczenia zarzut podnoszony przez oferenta nie odnoszący się do ocenianego Konkursu lecz do postępowania zakończonego w 2011 r. Odwołujący za kryterium cenowe uzyskał maksymalną liczbę 50 pkt. Sposób wyliczenia **maksymalnej liczby punktów oceny w zakresie kryterium ceny** wskazany został w załączniku nr 2 do Zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011r. Z przywołanego powyżej algorytmu wynika, że punktacja w tym kryterium została obliczona prawidłowo.

W dniu 30 stycznia 2013 r. komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy ofert złożonych do przedmiotowego postępowania. W związku z nieprzeprowadzeniem z oferentami negocjacji, o których mowa w art. 142 ust. 6 *ustawy o świadczeniach*, liczba punktów przyznanych poszczególnym ofertom w rankingu końcowym nie uległa zmianie w stosunku do liczby punktów przyznanych im w rankingu otwarcia, a zatem nie mogła w rankingu końcowym ulec zmianie również kolejność, z jaką oferty zostały uszeregowane w rankingu otwarcia. Ze względu na charakterystykę świadczeń stanowiących przedmiot postępowania, komisja konkursowa mogła dokonać wyboru wyłącznie jednej ze złożonych ofert. Mając powyższe na uwadze komisja konkursowa dokonała wyboru oferty, która zajęła najwyższą pozycję w rankingu końcowym z dnia 30 stycznia 2013 r., tj. oferty, która uzyskała najwyższą liczbę punktów oceny, zgodnie z kryteriami oceny określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 *ustawy o świadczeniach*.

Oferent wnoszący odwołanie w uzasadnieniu zarzutów wskazał, iż cena zaoferowana w wybranej w toku przedmiotowego postępowania ofercie [REDAKTOWANA] była o 17 620 zł wyższa, niż cena zaoferowana przez SPZOZ Przychodnia Lekarska. W związku z powyższym, zdaniem SPZOZ Przychodnia Lekarska, doszło do naruszenia przepisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, ponieważ oferta przedstawiająca niższą ceną powinna otrzymać większą ilość

punktów niż oferta, która przedstawia cenę wyższą. Jednakowe ocenianie wszystkich ofert przedstawiających cenę niższą od ceny oczekiwanej jest, zdaniem podmiotu wnoszącego odwołanie, naruszeniem zasad uczciwej konkurencji i gospodarności środkami publicznymi oraz nie wynika z kryteriów określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. SPZOO Przychodnia Lekarska podkreślił, że w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.) wskazuje się, że „cena oferowana jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu”. Z powyższego stwierdzenia podmiot wnoszący odwołanie wywiódł, że „(...) wielkość punktowa winna być różna w stosunku do ceny oferowanej. Zresztą w załączniku tym wskazuje się, iż wyliczenie to nastąpić ma wedle określonego wzoru. Tym samym logiczne jest, iż skoro przychodnia oferowała cenę niższą to winna otrzymać maksymalną ilość punktów czyli 50 natomiast inni oferenci oferujący cenę wyższą punktów tych proporcjonalnie mniej (...)”. Przyjęty przez komisję konkursową model oceny w ramach kryterium ceny, zdaniem SPZOO Przychodnia Lekarska, eliminuje to kryterium jako czynnik wpływający na ocenę oferty.

SPZOO Przychodnia Lekarska podniósł również, że na przedłożonych do jego wglądu „arkuszach dotyczących rozstrzygnięcia konkursu” nie znajdował się podpis przewodniczącej komisji konkursowej, co w jego ocenie jest niezgodne z treścią zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Oferenci przystępujący do postępowania nr 11-13-000071/POZ/0112/01.0000.156.16/1, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, winni byli spełniać wymagania określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazane w:

1. Zarządzeniu nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.);
2. Zarządzeniu nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.).

Ocena ofert następowała w oparciu o zarządzenie nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.), zwane dalej „zarządzeniem kryterialnym”.

Należy w tym miejscu zauważyć, iż zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 lutego 2011 r., sygn. akt II GSK 262/10, zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia są dla świadczeniodawców wiążące.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego o naruszeniu w toku przedmiotowego postępowania przepisów *zarządzenia kryterialnego* poprzez przyznanie wszystkim ofertom, przedstawiającym cenę o wartości „minimalnej” lub niższej, takiej samej ilości punktów, bez względu na wysokość oferowanej ceny, należy wskazać, iż sposób oceny ofert pod względem kryterium ceny, dla wszystkich rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, określono w załączniku nr 2 do wskazanego powyżej zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zgodnie z treścią przywoływanego załącznika, podstawą do oceny ofert w zakresie kryterium ceny jest dokonanie porównania cen oferowanych z ceną oczekiwaną. Ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, w danym rodzaju lub zakresie. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 20 grudnia 2012 r. zamieścił na stronie internetowej [www.nfz-gdansk.pl](http://www.nfz-gdansk.pl) informację, zgodnie z którą ceną oczekiwaną w postępowaniach prowadzonych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jest ryczałt miesięczny wynikający z ilorazu wartości ogłoszonego zamówienia na danym obszarze i liczby miesięcy w okresie rozliczeniowym.

Powyższe oznacza, że dla przedmiotowego postępowania cena oczekiwana przyjmowała następującą wartość:

$$C_{NFZ} = 1\,209\,580,00 \text{ zł} \wedge 10 = 120\,958,00 \text{ zł}$$

ponieważ wartość zamówienia wskazana w ogłoszeniu o postępowaniu wynosiła 1 209 580,00 zł, natomiast wskazany okres rozliczeniowy obejmował 10 miesięcy.

Zgodnie z załącznikiem nr 2 do *zarządzenia kryterialnego* liczbę punktów oceny, uzyskiwaną przez ofertę w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ustala się zgodnie z następującym wzorem:

$$y_c = s$$

$$\left\{ \begin{array}{l} C_{of} - C_{min} \\ C_{of} - C_{min} \end{array} \right. \cdot \frac{y_c}{s} = \frac{C_{of} - C_{min}}{C_{maks} - C_{min}} \cdot \frac{y_c}{s}$$

gdzie:

$y_c$  - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny;

$C_{NFZ}$  - cena oczekiwana;  $C_{maks} = A * C_{NFZ}$ ,  $C_{min} = 0,9 * C_{NFZ}$ ,

$C_{of}$  - cena zaproponowana przez oferenta;

$s$  - waga skalująca w załączniku nr 1 do *zarządzenia kryterialnego* (w tym wypadku  $s = 50$ ).

gdzie:

$y_c$  - liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny;

$C_{NFZ}$  - cena oczekiwana;  $C_{maks} = A * C_{NFZ}$ ,  $C_{min} = 0,9 * C_{NFZ}$ ,

$C_{of}$  - cena zaproponowana przez oferenta;

$s$  - waga skalująca w załączniku nr 1 do *zarządzenia kryterialnego* (w tym wypadku  $s = 50$ ).

Z przedstawionego powyżej wzoru w sposób oczywisty wynika, że jeżeli cena oferowana ( $C_{of}$ ) jest niższa niż 0,9 ceny oczekiwanej przez NFZ, czyli tzw. ceny minimalnej ( $C_{OT,min}$ ), wówczas oferent uzyskuje maksymalną liczbę punktów ( $s$ ), która w rozpatrywanym przypadku wynosiła 50 punktów. W przeciwnym razie zastosowanie znajduje część B wzoru.

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, iż całkowicie bezpodstawne są zarzuty Odwołującego, z których wynika, że przyznanie maksymalnej liczby punktów oceny, w zakresie kryterium ceny, wszystkim ofertom przedstawiającym cenę niższą niż tzw. cena minimalna, naruszało przepisy *zarządzenia kryterialnego*. Taki sposób dokonywania oceny ofert złożonych do postępowania wynika z załącznika nr 2 do przywoływanego zarządzenia, o czym Odwołujący powinien wiedzieć, ponieważ przystępując do przedmiotowego postępowania powinien zapoznać się z zasadami znajdującymi w nim zastosowanie, określonymi w aktach prawa powszechnie obowiązującego i w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu z dnia 19 grudnia 2012 r.



Ceny za jednostkę rozliczeniową, zaoferowane przez podmioty biorące udział w przedmiotowym postępowaniu, przedstawia poniższa tabela.

Nazwa podmiotu	Zaoferowana cena za jednostkę rozliczeniową
	108 700,00 zł
	108 862,20 zł
SPZOZ Przychodnia Lekarska	106 938,00 zł
	108 862,00 zł

Należy przypomnieć, że cena oczekiwana przez Narodowy Fundusz Zdrowia wynosiła w przedmiotowym postępowaniu 120 958,00 zł. Na podstawie tej informacji można ustalić wysokość tzw. ceny minimalnej, która zgodnie z załącznikiem nr 2 do *zarządzenia kryterialnego* stanowi 0,9 ceny oczekiwanej.

$$C_{min} = 120\,958,00 \text{ zł} * 0,9 = 108\,862,20 \text{ zł}$$

Z powyższych danych wynika, że każdy z podmiotów biorących udział w postępowaniu nr 11-13-000071/POZ/0112/01.0000.156.16/1 zaoferował cenę równą tzw. cenie minimalnej lub niższą, co zgodnie z częścią A wzoru zawartego w załączniku nr 2 do *zarządzenia kryterialnego* oznacza, że każdy z tych podmiotów powinien uzyskać maksymalną ocenę w zakresie kryterium ceny. Ranking końcowy ofert z dnia 30 stycznia 2013 r. potwierdza, że ocena ofert w zakresie kryterium ceny została przeprowadzona w sposób prawidłowy, zgodny z zasadami określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Należy wyjaśnić, iż obniżenie przez oferenta ceny poniżej progu tzw. ceny minimalnej nie wiąże się ze zwiększeniem punktacji przyznanej w zakresie kryterium ceny, ponieważ przyjęto założenie, że wpływ oferowanej ceny na ostateczny wynik postępowania, z uwagi na jego przedmiot, powinien zostać ograniczony w taki sposób, aby nie mógł zmarginalizować znaczenia takich kryteriów oceny jak dostępność do udzielanych świadczeń, ich jakość i kompleksowość.

Oferta złożona przez Odwołującego faktycznie przedstawiała najniższą cenę, jednak dwie inne oferty ( [REDACTED] ), których ceny również były stosunkowo niskie w odniesieniu do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, uzyskały jednocześnie istotnie wyższą ocenę w ramach kryteriów jakości i kompleksowości. Zgodnie z zasadami oceny ofert, zawartymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w *zarządzeniu kryterialnym*, w powyższej sytuacji oferty [REDACTED] [REDACTED] zostały ocenione jako korzystniejsze od oferty Odwołującego. Należy przy tym zauważyć, że fakt zaoferowania przez SPZOZ Przychodnia Lekarska najniższej ceny mógł zadecydować o wyborze oferty Odwołującego, gdyby uzyskała ona taką samą ilość punktów oceny co oferta [REDACTED], jednak w toku przedmiotowego postępowania taka sytuacja nie miała miejsca.

Reasumując powyższe rozważania należy stwierdzić, że ocena ofert złożonych do przedmiotowego postępowania, pod względem kryterium ceny, została przeprowadzona w sposób prawidłowy, w zgodzie z postanowieniami *zarządzenia kryterialnego*.

Przechodząc do analizy zasad przyznawania punktacji za kryteria nie-cenowe ofertom w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie: świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, należy w pierwszej kolejności wskazać, iż zostały one określone w tabeli nr 1.7 załącznika nr 1 do *zarządzenia kryterialnego*.

Kryteria nie-cenowe, w ramach których oceniana jest oferta złożona do postępowania dotyczącego świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej obejmują jakość, kompleksowość i dostępność do świadczeń. W ramach każdego z tych kryteriów określone zostały szczegółowe parametry oceny, które zostały pogrupowane rodzajowo w tzw. poziomy skalujące. Do każdego parametru oceny została przypisana liczba punktów jednostkowych, a do każdego poziomu skalującego została przypisana waga skalująca, tj. maksymalna liczba punktów oceny jaką może otrzymać oferta za parametry oceny wchodzące w ramy danego poziomu skalującego.

Ocena oferty złożonej do postępowania przeprowadzana jest w oparciu o odpowiedzi udzielone przez oferenta w ankiecie stanowiącej element jego formularza ofertowego. Każde pytanie ankietowe dotyczy jednego warunku wymaganego lub jednego warunku dodatkowo ocenianego. Pytania dotyczące warunków wymaganych mają na celu ustalenie czy dana oferta może być brana pod uwagę w toku postępowania i nie mają wpływu na ocenę punktową

przyznaną ofercie. Pytania dotyczące warunków dodatkowo ocenianych mają wpływ wyłącznie na ocenę punktową przyznaną ofercie.

Każda twierdząca odpowiedź dotycząca warunku dodatkowo ocenianego wiąże się z przyznaniem ofercie ilości punktów jednostkowych wskazanych w tabeli nr 1.7 załącznika nr 1 do *zarządzenia kryterialnego*. Następnie liczba uzyskanych punktów jednostkowych jest zliczana w ramach poszczególnych poziomów skalujących i porównywana z maksymalną możliwą do uzyskania liczbą punktów jednostkowych w zakresie danego poziomu skalującego. Iloraz uzyskanej liczby punktów jednostkowych i maksymalnej liczby punktów jednostkowych jest mnożony przez wartość wagi skalującej przypisanej do danego poziomu skalującego, czego wypadkową jest informacja o liczbie punktów oceny uzyskanych przez ofertę w ramach danego poziomu skalującego. Można to zobrazować następującym wzorem:

$$I_{oceny} = \frac{P_{Jedn.}}{P_{max}} \cdot w_{skal.}$$

Po przeprowadzeniu podobnych wyliczeń dla wszystkich poziomów skalujących, ich wyniki są sumowane w celu ustalenia łącznej liczby punktów oceny uzyskanych przez ofertę w ramach kryteriów nie-cenowych. Po dodaniu do tej liczby wyniku wyliczenia punktacji za oferowaną cenę, przeprowadzonego zgodnie z załącznikiem nr 2 do *zarządzenia kryterialnego*, komisja konkursowa uzyskuje informację na temat całkowitej oceny punktowej przyznanej ofercie. Wszystkie opisane powyżej wyliczenia są przeprowadzane przy użyciu systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia celem zminimalizowania ryzyka popełnienia błędu mogącego wpłynąć na ostateczny wynik postępowania. Wyniki wyliczeń zostają przedstawione w rankingu otwarcia i w rankingu końcowym, w sposób umożliwiający ustalenie wysokości punktacji przyznanej wszystkim ofertom biorącym udział w postępowaniu w ramach poszczególnych kryteriów oceny.

Zgodnie z rankingiem końcowym, sporządzonym w dniu 30 stycznia 2013 r., oferty biorące udział w przedmiotowym postępowaniu uzyskały następujące ilości punktów oceny.

Nazwa podmiotu	Liczba punktów oceny przyznanych w ramach kryterium:				Razem
	Kompleksowości	Jakości	Dostępności	Ceny	
	8,903	33,000	5,000	50,000	96,903
	12,000	25,857	5,000	50,000	92,857
SPZOZ Przychodnia Lekarska	8,903	18,714	5,000	50,000	82,617
	5,806	18,714	5,000	50,000	79,520

Analiza treści tabeli 1.7 załącznika nr 1 do zarządzenia kryterialnego dowodzi, iż oferta złożona do przedmiotowego postępowania konkursowego mogła uzyskać maksymalnie 100 punktów oceny, w tym:

- w ramach kryterium jakości:
  - za personel - maksymalnie 25 punktów oceny;
  - za wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń -maksymalnie 3 punkty oceny;
  - za zewnętrzną ocenę jakości - maksymalnie 5 punktów oceny;
  - za wyniki kontroli przeprowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia - maksymalnie 0 punktów oceny (minimalnie -5 punktów oceny);
- w ramach kryterium kompleksowości:
  - za możliwość kompleksowej realizacji świadczeń w danym zakresie, uwzględniającej wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne) - maksymalnie 12 punktów oceny;
- w ramach kryterium dostępności:
  - za dostęp dla osób niepełnosprawnych - maksymalnie 5 punktów oceny;
  - w kryterium ceny - maksymalnie 50 punktów oceny.

Szczegółowa analiza odpowiedzi ankietowych udzielonych przez oferentów w poszczególnych kryteriach przedstawia się następująco:

**KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI**

Kryterium Kompleksowości	Oferent			
			SP ZOZ Przychodnia Lekarska	
<b>Kompleksowość możliwość realizacji świadczeń w danym zakresie uwzględniając wszystkie etapy i elementy procesu realizacji</b>				
Czy oferent zapewnia samochód osobowy(gwarantowana gotowość użytkowania)	TAK	TAK	TAK	TAK
Czy oferent zapewnia transport sanitarny- spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w PN przenoszących europejskie normy zharmonizowane	TAK	TAK	TAK	TAK
Czy oferent zapewnia diagnostykę RTG – w lokalizacji	TAK	TAK	TAK	NIE
Czy oferent zapewnia diagnostykę laboratoryjną – w lokalizacji	NIE	TAK	NIE	NIE
<b>Liczba punktów oceny przyznanych w kryterium kompleksowości</b>	8,903	12,00	8,903	5,806

## KRYTERIUM JAKOŚCI

Kryterium Jakości	Oferent			
			SP ZOZ	
			Przychodnia Lekarska	
<b>Personel</b>				
Czy świadczenia są realizowane w tym samym czasie przez co najmniej 1 dodatkową pielęgniarkę ponad minimalną obsadę pług wymaganą na danym obszarze zabezpieczenia	TAK	TAK	NIE	NIE
Czy co najmniej 50% lekarzy realizujących świadczenia posiada specjalizację	TAK	TAK	TAK	TAK
Czy świadczenia są realizowane w tym samym czasie przez co najmniej 1 dodatkowego lekarza ponad minimalną obsadę lek wymaganą na danym obszarze zabezpieczenia	TAK	NIE	NIE	NIE
<b>Wybrane parametry architektoniczne i sanitarne miejsc udzielania świadczeń</b>				
Czy oferent spełnia warunki sanitarne i lokalowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia	TAK	TAK	TAK	TAK
<b>zewnętrzna ocena jakości</b>				
Czy oferent posiada certyfikat ISO w	TAK	TAK	TAK	TAK

zakresie usług medycznych, ważny w dniu złożenia oferty				
<b>Liczba punktów oceny przyznanych w kryterium jakości</b>	<b>33,000</b>	<b>25,857</b>	<b>18,714</b>	<b>18,714</b>

#### KRYTERIUM DOSTĘPNOŚCI

Kryterium Dostępności	Oferent			
			SP ZOZ Przychodnia Lekarska	
<b>Dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo</b>				
Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	TAK	TAK	TAK	TAK
Czy oferent zapewnia podjazd oraz dojście o nachyleniu nie większym niż 5% lub wejście z poziomu gruntu	TAK	TAK	TAK	TAK
<b>Liczba punktów oceny przyznanych w kryterium dostępności</b>	<b>5,000</b>	<b>5,000</b>	<b>5,000</b>	<b>5,000</b>

Odnosząc się do argumentacji Odwołującego nawiązującej do postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w latach 2011 i 2012 należy wskazać, iż nie ma ona żadnego znaczenia dla przedmiotowej sprawy

Nawiązując do zarzutów Odwołującego o „(...) *naruszenie procedury rozstrzygnięcia konkursu poprzez brak podpisu przewodniczącego komisji konkursowej na każdym dokumencie z rozstrzygnięcia konkursu (...)*”, należy stwierdzić, iż są one bezpodstawne, ponieważ ze zgromadzonej dokumentacji postępowania wynika, iż każdy dokument dotyczący rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania wytworzony przez komisję konkursową został podpisany przez przewodniczącego tej komisji. Trudno przy tym dokładnie ocenić, które dokumenty zdaniem Odwołującego zawierają wskazywane braki, ponieważ nie posługuje się on nazewnictwem stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia przy tytułowaniu dokumentacji postępowań konkursowych. Jedynym dokumentem, co do którego można przypuszczać, że stał się dla Odwołującego podstawą do sformułowania powyższych zarzutów, jest udostępniona mu kopia rankingu końcowego z dnia 30 stycznia 2013 r., na której faktycznie nie widnieje podpis przewodniczącego komisji konkursowej, ale widnieje podpis wiceprzewodniczącego tej komisji.

W związku z powyższym wymaga wyjaśnienia, iż komisja konkursowa działa w oparciu o przepisy *ustawy o świadczeniach, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań oraz „Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów **O**udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”* stanowiącego załącznik do uchwały nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.

Zgodnie z § 7 wskazanego powyżej regulaminu komisja konkursowa obraduje na jawnych i niejawnych posiedzeniach, zwoływanych przez przewodniczącego w zależności od potrzeb. Komisja konkursowa podejmuje decyzje w obecności co najmniej 2/3 składu. Decyzje podejmowane są w głosowaniu jawnym zwykłą większością głosów, przy czym członkowie komisji nie mogą wstrzymać się od głosu. W przypadku równej liczby głosów decyduje głos osoby przewodniczącej posiedzeniu komisji. Jednocześnie w § 5 regulaminu wskazuje się, że przewodniczący kieruje pracami komisji konkursowej oraz reprezentuje ją na zewnątrz, natomiast wiceprzewodniczący zastępuje przewodniczącego podczas jego nieobecności. W



przypadku pilnej potrzeby oraz niemożności wykonywania swych zadań przez przewodniczącego i wiceprzewodniczącego dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może pisemnie upoważnić do przewodniczenia komisji, na czas zastępstwa, jednego z jej członków.

Z powyższych przepisów należy wywodzić, że decyzja komisji konkursowej jest ważna jeżeli została podjęta w obecności 2/3 jej składu w drodze głosowania jawnego, przy obecności przewodniczącego komisji konkursowej, wiceprzewodniczącego komisji konkursowej lub w wyjątkowych przypadkach członka komisji upoważnionego pisemnie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do przewodniczenia komisji. Wymaga ponadto podkreślenia, iż z żadnych przepisów nie wynika, że dokumenty wytworzone przez komisję konkursową w toku postępowania powinny zawierać podpisy wszystkich członków tej komisji lub powinny zawsze zawierać podpis przewodniczącego komisji konkursowej.

Mając powyższe na uwadze należy stwierdzić, iż z dokumentacji przedmiotowego postępowania wynika, że wszystkie dokumenty wytworzone przez komisję konkursową prowadzącą przedmiotowe postępowanie, wliczając w to kopię rankingu końcowego z dnia 30 stycznia 2013 r. załączoną do odwołania SPZOZ Przychodnia Lekarska, zostały przygotowane i sygnowane w sposób zgodny z przepisami prawa powszechnie obowiązującego oraz przepisami wydanymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z powyższym zarzuty Odwołującego są w tym zakresie bezpodstawne.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, dotyczącego naruszenia art. 7 i 73 *Kpa* „(...) poprzez odmowę udostępnienia wszystkich akt i innych ofert pomimo zgłaszania takiego wniosku (...)” należy zwrócić uwagę na fakt, iż Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z art. 10 § 1 zapewnił Odwołującemu czynny udział w każdym stadium postępowania, poprzez umożliwienie mu zapoznania się z dokumentacją przedmiotowej sprawy oraz wypowiedzenie się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący w dniu 5 lutego 2013 r. oraz ponownie w dniu 13 lutego 2013 r. w siedzibie Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zapoznał się z udostępnioną mu dokumentacją postępowania nr 11-13-000071/POZ/0112/01.0000.156.16/1, której zakres został opisany w protokołach z udostępnienia dokumentacji, sporządzonych w dwóch egzemplarzach, z których jeden został wręczony Odwołującemu. Zgodnie z art. 73 *Kpa*, Odwołujący miał prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów

Jednocześnie należy podkreślić, iż zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego Narodowy Fundusz Zdrowia nie udostępnia podmiotom składającym odwołania od rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokumentacji ofertowej złożonej przez podmioty konkurencyjne, gdyż zawiera ona informacje, których przekazywanie podmiotom nieuprawnionym jest łamaniem istniejącego porządku prawnego, a także jest obwarowane sankcją karną. Tym samym Narodowy Fundusz Zdrowia nie jest uprawniony do udostępniania Odwołującemu wglądu do ofert złożonych przez konkurencyjnych świadczeniodawców, gdyż zgodnie z art. 11 ust 1 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503, z późn. zm.) czynem nieuczciwej konkurencji jest przekazanie, ujawnienie lub wykorzystanie cudzych informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa albo ich nabycie od osoby nieuprawnionej, jeżeli zagraża lub narusza interes przedsiębiorcy.

Ponadto odnosząc się do pozostałych zarzutów przedstawionych w odwołaniu Dyrektor zważył

co następuje:

1. Zauważyć należy, iż miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, która została wybrana w postępowaniu nr 11-13-000071/POZ/0112/01.0000.156.16/1., znajduje się na terenie obszaru zabezpieczenia, którego dotyczyło postępowanie. Tym samym został spełniony warunek wskazany w Zarządzeniu Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NZF z dnia 23 grudnia 2010r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ( z późn.zm.)
2. Za niezasadny należy również uznać zarzut oferenta „*naruszenia art. 73 k.p.a poprzez brak możliwości wyjaśnienia podstaw przyznania punktów innym oferentom a zwłaszcza tym, którzy uzyskali większa ilość punktów*” Zastosowanie w postępowaniu konkursowym systemu komputerowego i wyboru oferty zajmującej pierwsze miejsce w rankingu utworzonym przez system komputerowy (oczywiście po sprawdzeniu przez Komisję danych wskazanych w ofercie) umożliwia zachowanie zasady równego traktowania oferentów, o którym mówi Art. 134. 1. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Wskazać przy tym należy, że Komisja konkursowa, dokonując analizy i oceny ofert nie może swobodnie dokonywać oceny ofert lecz musi ściśle przestrzegać zasad oceny

wynikających z Zarządzeń Prezesa Funduszu. Ocena oferty odbywa się na podstawie udzielonych przez oferentów odpowiedzi na pytania ankietowe wyłącznie na podstawie sporządzonej przez oferenta wersji elektronicznej przez aplikację konkursową, zweryfikowanych na etapie oceny merytorycznej oferty oraz po przeprowadzonych kontrolach. Wytyczne, na podstawie których dokonywana jest ocena oferty wynikają wprost z zapisów Zarządzenia nr 54/2011/DSOZ, z którymi oferent zapoznał się podpisując stosowne oświadczenie złożone wraz z ofertą. Informacja o stosowaniu ww zarządzenia została podana do wiadomości świadczeniodawcom w treści przedmiotowego ogłoszenia o postępowaniu

Podmiot wnoszący odwołanie, w ponownie prowadzonym postępowaniu odwoławczym, został zaznajomiony z aktami postępowania w trybie art. 10 KPA a także wniósł o udostępnienie mu oferty wybranej w tym postępowaniu tj. [REDAKTED] w trybie ustawy o dostępie do informacji publicznej. Wnioskowi oferenta nadano bieg zgodnie z przepisami ustawy o dostępie do informacji publicznej.

#### **Świadczenia w tym zakresie zostały 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.

Ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego.

Z up. DYREKTORA  
Z-CIA DYREKTORA DS. MEDYCZNYCH  
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Małgorzata Paszkowicz*

#### **Pouczenie**

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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.