

WO/ZRP – MB/574-D

Gdańsk, dnia 12 czerwca 2013 r.

Radiologica Net Pytlewski & Ryterski
Spółka jawna
ul. Kombatantów 7
84-230 Rumia**DECYZJA nr 147/2013****z dnia 12 czerwca 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. z 2008 r., Nr 164; poz. 1027 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

Radiologica Net Pytlewski&Ryterski sp. jawna w Rumiod rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000569/AOS/02/3/02.7250.072.02/1**

w rodzaju: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

w zakresie: Badania rezonansu magnetycznego

dla obszaru powiatów lęborskiego, puckiego i wejherowskiego

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie Radiologica Net Pytlewski&Ryterski sp. jawna w Rumi
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

Uzasadnienie

W dniu 25 lutego 2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1 lipca 2013 r. do 30 czerwca 2016 r. w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna –



Ambulatoryjne Świadczenia Diagnostyczne Kosztochłonne (ASDK). W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Zgodnie z ogłoszeniem oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13 marca 2013 r., jednak ze względu na zgłaszane przez oferentów problemy z dokonywaniem zmian w „Portalu Świadczeniodawcy” termin składania ofert przesunięto na dzień 18 marca 2013 r., a termin otwarcia ofert zmieniono z dnia 15 marca 2013 r. na 20 marca 2013 r.

W postępowaniu nr 11-13-000569/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 wpłynęły dwie oferty. Oferta odwołującego się wpłynęła w dniu 14 marca 2013 r. Otwarcie ofert nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 20 marca 2013 r.

Oferta posiadała brak formalny polegający na braku podpisu osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta na stronie 14 oferty. Brak ten uzupełniono w terminie.

Oferent został wezwany do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Wyjaśnienia te złożył terminowo.

Kontroli oferenta nie przeprowadzano. W postępowaniu 11-13-000569/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 do kontroli wytypowano drugiego oferenta, który nie miał do tej pory zawartej z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku umowy w danym zakresie.

W dniu 23 maja 2013 r. oferent, poprzez przekazanie mu faksem protokołu z negocjacji zawierającego propozycję POW NFZ wraz z informacyjnym pismem przewodnim, został zaproszony na negocjacje w zakresie badań rezonansu magnetycznego. 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.”. Negocjacje prowadzono również z drugim oferentem.

Oferent przyjął ofertę POW NFZ w Gdańsku podpisując protokół z negocjacji oraz protokół końcowy z negocjacji, zawierający klauzulę: „Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do ilości i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.”

Postępowanie rozstrzygnięto w dniu 31 maja 2013 r. Zamieszczony w ogłoszeniu termin rozstrzygnięcia w dniu 28 maja 2013 r., został przesunięty na 31 maja 2013 r. z powodu przedłużających się negocjacji z oferentami.

Oferent otrzymał za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 60,000 punktów - łącznie 80,000 punktów. Jego oferta została wybrana. W postępowaniu zostały wybrane dwie oferty do realizacji świadczeń zdrowotnych od 1 lipca 2013 r., z których ostatnia uzyskała za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 35,500 punktów, łącznie 55,500 punktów. Wartość postępowania nr 11-13-000569/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 w zakresie badania rezonansu magnetycznego określono na 1 323 857,20 złotych. Planowana do zakupu liczba jednostek rozliczeniowych to 148 748. Ostatecznie zakupiono 165 482 jednostki rozliczeniowe na kwotę 1 323 856,00 złotych.

Świadczenia w tym zakresie zostały zabezpieczone.

Odwołujący się zapoznał się w dniu 5 czerwca 2013 r. z rankingiem końcowym i protokołem z podsumowania postępowania.

W dniu 6 czerwca 2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 13-000569/AOS/02/3/02.7250.072.02/1. W odwołaniu tym podnosi, że nie został zaproszony do negocjacji, w których brałby czynny udział oraz że proponowana mu przez komisję konkursową liczba świadczeń nie jest adekwatna do uzyskanej przez niego wysokiej punktacji. Zwraca również uwagę na wysoką jakość udzielanych przez siebie świadczeń.

W dniu 10 czerwca 2013 r., w trybie art. 10 kpa, odwołującemu się przedstawiono do wglądu dokumentację dotyczącą jego oferty i postępowania nr 11-13-000569/AOS/02/3/02.7250.072.02/1. Złożył on oświadczenie, w którym podniósł niewłaściwe zaproszenie go do negocjacji w przebiegu postępowania oraz to, że propozycja, która padła 23 maja 2013 r. ze strony POW NFZ w Gdańsku była ostateczna.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego oraz treścią zarzutów podniesionych w odwołaniu, 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, zaś odwołujący się, 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 zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami 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. Komisja ma za zadanie uzyskanie jak najkorzystniejszych warunków u oferentów spełniających wymagania.

Odwołujący się w treści odwołania nie poruszył w jakikolwiek sposób kwestii nieprawidłowej oceny oferty, ani nie wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy.

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 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 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.

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.

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 13-000569/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 złożono łącznie dwie oferty. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą ilość punktów. Podkreślić należy, że zgodnie z treścią art. 142 ust. 6 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Komisja w części niejawnej konkursu może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa może zatem kierując się m.in. dostępnością do świadczeń, negocjować z oferentami liczbę świadczeń.

Ocena ofert wybranych przedstawiała się następująco:

Tabela nr 1

	Pytanie	Pkt. MAX	Radiologica Net Pytlewski & Ryterski Sp. J.	NU-MED. GRUPA S.A.
Ja kość	JAKOŚĆ BADAŃ Czy oferent realizuje rocznie w pracowni co najmniej 2500 badań rezonansu magnetycznego (dotyczy badań wykonywanych w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym, także poza umową z NFZ)?	20,000 20,000	20,000 20,000	0,000 0,000
Ja kość	PERSONEL Czy w trakcie każdej zmiany roboczej jest obecna pielęgniarka?	2,000 2,000	2,000 2,000	2,000 2,000
Ja kość	WYNIKI KONTROLI PRZEPROWADZONYCH PRZEZ NFZ Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	0,000 0,000	0,000 0,000	0,000 0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono pobieranie niemalejących opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia informacji o zamierzonych zmianach podziału formalno-prawnych prowadzonej działalności?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzgodnioną z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych?	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?	0,000	0,000	0,000

	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych?	0,000	0,000	0,000	0,000
	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ, rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?	0,000	0,000	0,000	0,000
Ja kość	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	3,000	3,000	3,000	3,000
	Czy oferent posiada CERTYFIKAT ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	3,000	3,000	3,000	3,000
Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH	5,000	5,000	5,000	5,000
	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,667	1,667	1,667	1,667
	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	1,667	1,667	1,667	1,667
	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsce udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wyjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	1,667	1,667	1,667	1,667
Dostępność	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	15,000	15,000	15,000	15,000
	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	15,000	15,000	15,000	15,000
Kompleksowość	ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ	15,000	15,000	15,000	10,500
Cena	CENA	20,000	20,000	20,000	20,000
SUMA		80,000	80,000	80,000	55,500

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.

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

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

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.