|  |
| --- |
| **Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.****ul. Majewskich 26****80-457 Gdańsk** |

WO/ZRP – MZ/593-D

Gdańsk, dnia 14 czerwca 2013 r.

**DECYZJA nr 160/2013**

**z dnia 14 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 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Gdańsku**

od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000545/AOS/02/3/02.7250.072.02/1**

w rodzaju: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

w zakresie: Badania rezonansu magnetycznego dla obszaru powiatu gdańskiego, Gdańska, Sopotu

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie Nadmorskiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. w Gdańsku
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 w okresie od 1 lipca 2013 r. do 30 czerwca 2016 r. w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – Ambulatoryjne Świadczenia Diagnostyczne Kosztochłonne (ASDK). Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 4.506.123,40 zł. na okres rozliczeniowy od 01.07.2013 r. do 31.12.2013 r.

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 15 marca 2013 r. na 20 marca 2013 r. W postępowaniu nr 11-13-000545/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 wpłynęło 6 ofert na 8 miejsc realizacji świadczeń.

Otwarcie ofert nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 20 marca 2013 r.

Oferta nie posiadała braków formalnych. Oferent Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Gdańsku zostało wezwane do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu. Wyjaśnienia te zostały złożone w wyznaczonym terminie.

W dniu 13 maja 2013 r. została przeprowadzona kontrola oferenta. Kontrole były przeprowadzane u oferentów, którzy nie mieli do tej pory zawartych w danym zakresie umów z Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku.

Kontrola ta wykazała zgodność sprzętu w pracowni oraz udogodnień dla osób niepełnosprawnych ze złożoną ofertą.

Spośród 6 oferentów do negocjacji zaproszono 4. Z oferentem Nadmorskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. w Gdańsku negocjacji nie prowadzono.

**Nawet maksymalne obniżenie przez oferenta ceny świadczeń w toku negocjacji nie spowodowałoby przesunięcia jego pozycji w rankingu ponad linię odcięcia.**

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.

W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego do udzielania świadczeń wybrano 5 ofert złożonych przez 3 oferentów, którzy otrzymali najwyższą ilość punktów w rankingu końcowym. Ranking tworzony jest na podstawie sumy punktów za kryteria niecenowe i punktów wynikających z ceny punktu.

W postępowaniu zostało wybranych 5 ofert złożonych przez 3 oferentów, do realizacji świadczeń zdrowotnych od dnia 01.07.2013 r., z których ostatnia wybrana oferta uzyskała za kryteria cenowe 20,000 punktów, za kryteria niecenowe 60,000 punktów, łącznie 80,000 punktów. Natomiast Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. otrzymała za kryteria cenowe 14,494 punkty, a za kryteria niecenowe 55,500 punktów - łącznie 69,994 punkty. Jego oferta nie została wybrana.

W dniu 7.06.2013 r. Oferent Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Gdańsku wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000545/AOS/02/3/02.7250.072.02/1. W  odwołaniu podniósł, iż brak jest jednoznacznych kryteriów oceny złożonych ofert w momencie ogłaszania postępowania polegających na niewiadomej czy w trakcie rozstrzygania będą prowadzone negocjacje w zakresie ceny za świadczenie. Odwołujący się zarzucił, iż zaproszono na negocjacje cenowe podmiot który miał cenę wyjściową równoważną z ceną oczekiwaną, podczas gdy odwołujący się nie został zaproszony do negocjacji pomimo, ze zawarł w ofercie cenę niższą od oczekiwanej. Odwołujący się także poddał w wątpliwość ocenę kryterium kompleksowości oferenta Enelmed, gdyż „ze strony internetowej wynika, że MR-badanie morfologiczne serca z oceną funkcji skurczowej i żywotności – możliwość wykonania badania w Oddziale Centrum”. W odwołaniu NCMed Sp. z o.o. stwierdziła, że „brak jest uzasadnienia dla zwiększenia wartości umów na świadczenia rezonansu tylko dla wybranych świadczeniodawców przy jednoczesnym pozbawieniu możliwości realizacji świadczeń przez dotychczasowych lub nowych”, a wyniki konkursu idą w kierunku zmonopolizowania świadczeń w podmiotach zewnętrznych dla regionu.

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 4 czerwca 2013 r. Odwołującemu się udostępniono do wglądu jego ofertę, ranking końcowy oraz protokół z podsumowania postępowania.

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 postepowania 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 postepowania 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 spełniali w przyszłości tj. od początku obowiązywania umowy wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. o świadczeniach gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2011r. Nr 111, poz. 653 ze zm.) jak i zarządzeniach Prezesa w tym zarządzeniu nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. 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 11-13-000545/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 złożono łącznie sześć ofert na osiem miejsc udzielania świadczeń. Każda z ofert (także odwołującego się) oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką sama ilość punktów.

Za nieuzasadniony należy uznać także zarzut Odwołującego się odnośnie braku wiedzy, co do tego, czy w trakcie postępowania będą prowadzone negocjacje. Zgodnie bowiem z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń oraz ceny. Możliwość przeprowadzenia negocjacji została zatem zakwalifikowana przez ustawodawcę jako uprawnienie dla komisji konkursowej, a nie jako jej obowiązek. W trakcie prowadzonego w części niejawnej konkursu, komisja ocenia, czy w danym postępowaniu zachodzi potrzeba i warunki do przeprowadzenia negocjacji z oferentami. Zatem jest to możliwość podjęcia określonych działań przez komisję, co do którego komisja decyduje we własnym zakresie, czy z niego skorzysta. Wskazać przy tym należy, iż w świetle art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach, komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Zatem w przypadku podjęcia przez komisję decyzji o przeprowadzeniu negocjacji z oferentami, ustawa w powołanym przepisie obliguje ją do przeprowadzenia ich z co najmniej dwoma, a nie wszystkimi biorącymi udział w danym postępowaniu. W przypadku postępowania nr 11-13-000545/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 komisja nie zaprosiła Odwołującego się do negocjacji, gdyż nawet maksymalne obniżenie przez oferenta w toku negocjacji ceny za punkt, do maksymalnie punktowanej ceny 8,01 zł., nie spowodowałoby przesunięcia pozycji NCMed Sp. z o.o. w rankingu ponad linię odcięcia. Wpływ na taki stan rzeczy miała m. in., niska wartość punktacji uzyskanej przez tego Oferenta za kryteria niecenowe, obejmujące kompleksowość, jakość i dostępność.

 Komisja konkursowa przeprowadziła w dniu 07.05.2013 r. kontrolę oferenta Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. podczas, której stwierdzono zgodność wykazanego przez tego oferenta w Ankiecie sprzętu, oraz jego danych technicznych z ofertą. Tym samym wskazany w odwołaniu zarzut nieuzasadnionego uzyskania przez oferenta ENEL-MED. S.A. 15 punktów za kryterium kompleksowości, jest całkowicie nieuprawniony. Podobnie za nieuzasadniony należy uznać zarzut Odwołującego się, że komisja zwiększyła wartość umów na świadczenia rezonansu tylko dla wybranych świadczeniodawców, przy jednoczesnym pozbawieniu możliwości realizacji świadczeń przez dotychczasowych lub nowych, a wyniki konkursu idą w kierunku zmonopolizowania świadczeń w podmiotach zewnętrznych dla regionu. Ocena ofert odbywała się według takich samych kryteriów dla wszystkich oferentów, względem których obowiązywały te same zasady i warunki. Podkreślić przy tym należy, iż na 3 wybranych oferentów, 2 z nich miało uprzednio zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie objętym przedmiotowym postępowaniem.

Ocena ofert wybranych przedstawiała się następująco:

Tabela nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Pytanie** | **Pkt. max. do uzyskania** | **Euromedic Polanki** | **UCK Dębinki** | **ENEL-MED. Grunwaldzka** | **Euromedic Nowe Ogrody** | **UCK Smoluchowskiego** | **NCM** **Polanki** |
| **Jakość** | **JAKOŚĆ BADAŃ** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **20,000** |
|  | 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 | 20,000 | 20,000 | 20,000 |
| **Jakość** | **PERSONEL** | **2,000** | **2,000** | **2,000** | **2,000** | **2,000** | **2,000** | **2,000** |
|  | Czy w trakcie każdej zmiany roboczej jest obecna pielęgniarka? | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 | 2,000 |
| **Jakość** | **WYNIKI KONTROLI PRZEPROWADZONYCH PRZEZ NFZ** | **0,000** | **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 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 | 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 | 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 nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących? | 0,000 | 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 nieuzasadnioną odmowę udzielania świadczenia świadczeniobiorcy? | 0,000 | 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 pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy? | 0,000 | 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 nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń? | 0,000 | 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 niezasadne ordynowanie leków? | 0,000 | 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 nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności? | 0,000 | 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 nieuzgodnioną z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń? | 0,000 | 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 udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie? | 0,000 | 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 przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych? | 0,000 | 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 udaremnienie lub utrudnianie kontroli? | 0,000 | 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 niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych ? | 0,000 | 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 wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach? | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| **Jakość** | **ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI** | **3,000** | **3,000** | **3,000** | **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 | 3,000 | 3,000 | 3,000 |
| **Dostępność** | **DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | **5,000** | **5,000** | **5,000** | **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 | 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 | 1,667 | 1,667 | 1,667 |
|  | 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 | 1,667 | 1,667 | 1,667 | 1,667 |
| **Dostępność** | **HARMONOGRAM PREACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **15,000** |
|  | Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia? | 15,000 | 15,000 | 15,000 | 15,000 | 15,000 | 15,000 | 15,000 |
| **Cena** | **CENA** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **20,000** | **14,494** |
| **Kompleksowość** | **ZAKRES WYKONYWANYCH ŚWIADCZEŃ** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **15,000** | **10,500** |
| **SUMA** |  | **80,000** | **80,000** | **80,000** | **80,000** | **80,000** | **80,000** | **69,994** |

Wartość postępowania nr 11-13-000545/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 wynosiła 4 506 123,40 zł. Planowana do zakupu liczba jednostek rozliczeniowych to 506 306. Ostatecznie zakupiono 563 024 jednostki rozliczeniowe na kwotę 4 506 119,20 zł.

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, z uwagi na konieczność zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 01.07.2013 r. nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

**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.