

WO/ZRP – JWM/631-D

Gdańsk, dnia 19 czerwca 2013 r.

**Uniwersyteckie Centrum Medycyny  
Morskiej i Tropikalnej  
ul. Powstania Styczniowego 9B  
81-519 Gdynia****DECYZJA nr 173/2013****z dnia 19 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 (t.j. Dz. U. z 2008r. Nr 164; poz. 1027 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**Dyrektora Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni**

od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1**

w rodzaju: rehabilitacja lecznicza

w zakresie: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddala odwołanie **Dyrektora Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni**
2. Nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

**Uzasadnienie**

W dniu 22.03.2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 01.07.2013 r. – 30.06.2016 r. w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja

kardiologiczna w warunkach stacjonarnych na obszar - m. Gdańsk, m. Gdynia, m. Sopot oraz grupę powiatów: gdański, malborski, nowodworski, sztumski. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 1.257.786,60 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013r. do 31.12.2013r.

Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 08.04.2013 r., otwarcie nastąpiło w siedzibie POW NFZ w dniu 10.04.2013 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęło w terminie 7 ofert (1 oferta została odrzucona). Wszystkie oferty zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych. Oferta Odwołującego się posiadała braki formalne polegające na braku nw. dokumentów:

- kopii zawartej umowy (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Oddziałem Funduszu.

Braki formalne usunięte zostały w wyznaczonym terminie tj. do dnia 16.04.2013r.

W dniu 31.05.2013 r. oferent został zaproszony na negocjacje w trybie telefoniczno/fax-owym na dzień 03.06.2013 r. Po rozmowie telefonicznej dotyczącej ewentualnych zmian oferty w zakresie ceny, oferent przysłał pismo (drogą fax-ową) o podtrzymaniu złożonej liczby świadczeń 225.700,00 punktów i cenie jednostkowej na poziomie 1,05 zł.

W związku z powyższym oferent otrzymał protokół końcowy z negocjacji z proponowaną przez siebie liczbą punktów i ceną. Protokół końcowy zawiera klauzulę o treści: *„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”*.

Wartość złożonych ofert w niniejszym postępowaniu spełniających warunki wymagane wynosiła 2.972.840,80 zł. W postępowaniu zostały wybrane 4 oferty do realizacji świadczeń zdrowotnych od dnia 01.07.2013 r., które otrzymały najwyższą ocenę punktową. Ostatnia z wybranych ofert uzyskała za kryteria cenowe 19,524 punktów, za kryteria niecenowe 32,000 punktów, łącznie 51,524 punkty. Oferent otrzymał za kryteria cenowe 10,000 punktów, za kryteria niecenowe 30,000 punktów – łącznie 40,000 punktów. Jego oferta nie została wybrana. Świadczenia w przedmiotowym zakresie zostały zabezpieczone.

W dniu 12.06.2013r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania **nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1**, w którym zarzuca naruszenie przez Fundusz następujących przepisów (zasad postępowania) skutkujących naruszeniem interesu prawnego Skarżącego:

- art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz nieprowadzenie postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- art. 142 ust. 5 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się, pomimo iż zapewniała ona ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność,
- art. 142 ust. 6 ustawy poprzez nieprzeprowadzenie z Odwołującym się negocjacji w zakresie ceny, co uniemożliwiło przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- art. 148 ustawy poprzez niedokonanie wyboru oferty Odwołującego się w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielanych świadczeń, jak również w związku z nieprowadzeniem negocjacji w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- art. 44 ust. 3 pkt. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) poprzez nieprzestrzeganie zasady gospodarności w przyznawaniu środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

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.

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 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., 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 poruszył kwestię nieprawidłowej oceny oferty oraz 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 jest 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 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 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;
- jednym z kryteriów oceny oferty w postępowaniu konkursowym jest cena. Komisja Konkursowa w odpowiedzi na zaproszenie oferenta do negocjacji otrzymała pismo z dnia 03.06.2013 r., w którym Odwołujący się napisał „Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej potwierdza złożoną we konkursie ofertę w zakresie jej ilości i ceny, to jest na okres 01.07.2013 do 31.12.2013 zamierza zrealizować świadczenia za 225.720 pkt. w cenie 1,05 zł o wartości 237.006,00 zł.”

W postępowaniu nr 11-13-000701/REH/05/1/05.4308.300.02/1 złożono łącznie 7 ofert (jedna została odrzucona). 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:

Tabela nr 1.

	JAKOŚĆ					KONTROLA	CIĄGŁOŚĆ	PUNKTY RAZEM ZA NIECENOWE KRYTERIA	CENA	RAZEM
	PERSONEL		ZEWNEŹRZNA OCENA JAKOŚCI				MOŻLIWOŚĆ UDZIELANIA ŚWIADCZEN W INNYCH RODZAJACH, ZAPEWNIAJĄCA ŁĄCZNIE CIĄGŁOŚĆ PROCESU LECZ.			
	Czy świadczenia udzielane są przez pielęgniarki w liczbie odpowiadającej normom zatrudnienia ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)?	Czy świadczenia udzielane są przez lekarza specjalistę kardiologii?	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy specjalista w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego?	Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy oferent zapewnia gwarancję bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji?			
MAX pkt.	15,000	10,000	10,000	3,000	2,000	0,000	5,000	45,000	20,000	65,000
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	15,000	10,000	10,000	0,000	2,000	-0,500	5,000	41,500	19,524	61,024
ROMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	15,000	10,000	0,000	0,000	2,000	0,000	5,000	32,000	20,000	52,000
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sanatorium Uzdrowskowie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych	15,000	10,000	0,000	0,000	2,000	0,000	5,000	32,000	20,000	52,000
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "UZDROWISKO SOPOT" w Sopocie	15,000	10,000	0,000	0,000	2,000	0,000	5,000	32,000	19,524	51,524
Uniwersyteckie Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej	15,000	10,000	0,000	0,000	0,000	0,000	5,000	30,000	10,000	40,000

Wskazać należy, iż ciągłość w niniejszym postępowaniu była brana pod uwagę przy ocenianiu wszystkich ofert. Ciągłość, w niniejszym postępowaniu, oznaczała zapewnienie gwarancji bezpośredniej kontynuacji usprawniania - sformalizowane zasady współpracy ze szpitalami/oddziałami szpitalnymi w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji (tabela powyżej – kolumna „ciągłość”). Oferent otrzymał za tak rozumianą i tak ocenianą ciągłość maksymalną liczbę 5,000 pkt. Dodatkowo wskazać należy, iż kompleksowość i dostępność w niniejszym postępowaniu nie była brana pod uwagę przy ocenianiu wszystkich ofert.

Ponadto należy mieć na uwadze, że oferent nie zadeklarował w ofercie dodatkowo ocenianego personelu, co miało wpływ na przyznanie punktów w ocenie oferty, t.j.:

- uczestnictwa w realizacji świadczeń specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - w wymiarze czasu odpowiadającym co najmniej równoważnikowi 1 etatu przeliczeniowego.

Oferent nie posiada również dodatkowo ocenianych certyfikatów zewnętrznej oceny jakości tj.: certyfikatu Centrum Monitorowania Jakości, ważnego w dniu zawarcia umowy oraz certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych, ważnego w dniu zawarcia umowy.

Za tak rozumianą jakość Odwołujący się otrzymał łącznie 25,00 pkt. na 40,00 punktów możliwych.

Podkreślić należy, iż ewentualne dalsze negocjacje w sprawie zmiany/obniżenia ceny przez oferenta, a co za tym idzie uzyskanie maksymalnej liczby 20,00 punktów za cenę 0,94 zł., nie wpłynęłyby na zmianę jego pozycji w rankingu końcowym. Decyzja Oferenta podjęta w trakcie negocjacji miała wpływ na jego pozycję w rankingu. Komisja konkursowa nie sugeruje oferentom jak ma wyglądać ich propozycja ceny za punkt. Ocena ofert i ich uszeregowanie odbywa się za pomocą systemu komputerowego.

Podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z Decyzją nr RWA - 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 r. Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (decyzja zamieszczona jest na stronie UOiKK: [http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=590](http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=590)) Narodowy Fundusz Zdrowia nie może dodatkowo punktować stałości-ciągłości udzielania świadczeń w postępowaniach konkursowych, rozumianej jako status wieloletniego świadczeniodawcy. Faworyzowanie przez NFZ dotychczasowych świadczeniodawców, gwarantujące im dodatkowe punkty w ramach oceny ofert, zgodnie z w/w decyzją, było sprzeczne z zasadami swobodnej i równej konkurencji. Jednocześnie zauważyć należy, iż za niewłaściwe dotychczasowe wykonywanie umowy Oferent mógł otrzymać tzw. „punkty ujemne” – (tab. Nr 1, wiersz pierwszy). Skarżący nie otrzymał takich punktów.

Zarzut dotyczący naruszenia w postępowaniu art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, bez wskazania na czym to naruszenie polegało, uznać należy za bezzasadny. W ocenie POW NFZ, komisja konkursowa prowadząc przedmiotowe postępowanie kierowała się zasadą gospodarności w przyznawaniu środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, przy uzyskiwaniu najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Podkreślenia wymaga bowiem, iż zawierając umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych Fundusz ma obowiązek kierować się

4

przede wszystkim dobrem świadczeniobiorców i koniecznością zapewnienia im świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Świadczenia w przedmiotowym zakresie zostały zabezpieczone. W niniejszym postępowaniu zaplanowana ilość świadczeń to: 1.197.892,00 pkt. a ilość zakupiona 1.332.760,00 pkt.

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, tj., obowiązek zapewnienia świadczeniobiorcom świadczeń zdrowotnych, 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.