

Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci  
i Młodzieży Spółka z ograniczoną  
odpowiedzialnością  
ul. Wielicka 25  
30-552 Kraków

**Decyzja**

z dnia 23 października 2013 r.

nr 5/AOS/2013

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3, w związku z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), w związku z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 listopada 2011 roku (sygn. akt VI SA/Wa 1638/11) po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Krakowie ul. Wielicka 25, 30-552 Kraków, w dniu 22 grudnia 2010 roku – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000257/AOS/02/1/02.1587.001.02/1, prowadzonego w trybie konkursu ofert/rokowań w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: świadczenia w zakresie preluksacji, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

~~uwzględnia/oddala~~ odwołanie

---

\* niepotrzebne skreślić

## UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na podstawie art. 139 ust. 1 pkt. 1 i 2 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)* zwanej dalej także *Ustawą*, ogłosił postępowanie nr 06-11-000257/AOS/02/1/02.1587.001.02/1 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: świadczenia w zakresie preluksacji, na okres od 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 75 973,00 zł. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 16 grudnia 2010 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który mówi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy* Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (dz. U. z 2000 r., nr 98, poz. 1071 z późn.zm.)*, zwaną w dalszej części k.p.a. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji Dyrektora oddziału wojewódzkiego przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu, wnoszone za pośrednictwem Dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Z wyżej cytowanych przepisów wynika, że przedmiotem rozstrzygnięcia organu jest badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego się na skutek naruszenia zasad postępowania. Organ rozpatrujący odwołanie winien zbadać, czy rozstrzygnięcie postępowania przez komisję konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego odwołującego się – przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą wystąpić łącznie.

W dniu 22 grudnia 2010 roku Oferent (z zachowaniem 7 dniowego terminu) złożył odwołanie od rozstrzygnięcia w/w postępowania. W ślad za złożonym odwołaniem zostało wszczęte postępowanie administracyjne. Oferent został powiadomiony o możliwości skorzystania z prawa, określonego art. 10 § 1 k.p.a., w przedmiocie zapoznania się i wypowiedzenia, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący zapoznał się aktami sprawy w dniu 30 grudnia 2010 roku.

Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było ogłoszone i prowadzone m.in. w oparciu o następujące przepisy i inne regulacje:

1. *Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn.zm.),*
2. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku 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 (Dz.U. z 2004 r., nr 273, poz. 2719),*
3. *Rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 29 sierpnia 2009 roku (Dz.U. z 2009, nr 139, poz 1142 ze zmianami),*
4. *Zarządzenie nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z zm.),*
5. *Zarządzenie nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn.zm.).*

Jednocześnie, Komisja konkursowa działa w oparciu o regulamin pracy komisji konkursowej, prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjęty Uchwałą nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., zwany dalej *regulaminem*.

W w/w postępowaniu zostały złożone 3 oferty. Komisja konkursowa powołana zarządzeniem Dyrektora Oddziału, prowadząca przedmiotowe postępowanie podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych. Ogłoszenie o postępowaniu konkursowym wskazywało akty prawne i inne regulacje stanowiące podstawy, w oparciu o które komisja konkursowa ocenia ofertę i spełnienie warunków niezbędnych do zawarcia umowy przez Oferenta. Elementami kryteriów są:

1. jakość:
  - a. kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
  - b. wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
  - c. zewnętrzną ocenę jakości,
  - d. wyniki kontroli przeprowadzonej przez NFZ,
2. kompleksowość:
  - a. możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie elementy i etapy procesu ich realizacji ( w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
  - b. planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
  - c. ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, zapewniającą łączenie ciągłości procesu diagnostycznego lub terapeutycznego,
  - d/ wymagania formalne,
3. ciągłość, która jest oceniana w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,
4. dostępność, czyli:
  - a. liczbę dni i godzin pracy w harmonogramie pracy,
  - b. organizację przyjęć świadczeniobiorców,
  - c. brak barier dla osób niepełnosprawnych,
5. cena oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez NFZ w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym Komisja Konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu jedną ofertę, jaka znalazła się w rankingu końcowym, celem zawarcia z nimi umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie. Ocena oferty w rankingu została wyliczona przez system na podstawie informacji zawartych w ofertach

w oparciu kryteria oceny ofert zawarte w cytowanym zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku, zgodnie ze wzorami określonymi w załączniku nr 1 i nr 2 do zarządzenia. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 16 grudnia 2010 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

Odwołujący się pismem z dnia 21 grudnia 2010 roku (data wpływu 22 grudnia 2010 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania. W złożonym piśmie Odwołujący wskazał m.in. że rozstrzygnięcie konkursu ofert narusza przepisy *Ustawy* w zakresie dotyczącym oceny ofert, wyboru ofert, prowadzeniu negocjacji z oferentami, jak również narusza zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz zasadę nakładającą na NFZ obowiązek prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Odwołujący poinformował, że z oświadczenia komisji wynikało jednoznacznie że ustalenie ilości i cen potwierdzone podpisaniem protokołu końcowego oznacza ustalenie tych składników umowy i wybór oferenta do zawarcia umowy. Odwołujący podniósł zarzut, że nie wybranie jego oferty uniemożliwiło udział jego oferty w postępowaniu konkursowym na zasadach określonych w *Ustawie*, uniemożliwiło uczestniczenie w negocjacjach na zasadach równych dla wszystkich oferentów oraz uniemożliwiło zawarcie umowy w zakresie objętym odwołaniem. W wyniku rozpatrzenia odwołania Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 154 ust 3 w zw. z art. 107 ust 5 pkt 8 *Ustawy* decyzją nr 37/AOS/2011 z dnia 4 stycznia 2011 roku oddalił odwołanie.

Pismem z dnia 14 stycznia 2011 roku Odwołujący zaskarżył decyzję nr 37/AOS/2011 z dnia 4 stycznia 2011 roku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem Dyrektora MOW NFZ. Odwołujący w złożonym piśmie wskazał na naruszenie ze strony MOW NFZ:

- przepisów *Ustawy* o ocenie ofert, tj. art. 148, przepisów *Ustawy* o wyborze ofert, tj. art. 142 ust. 5 pkt 1, przepisów *Ustawy* o prowadzeniu negocjacji z oferentami art. 142 ust. 6 *Ustawy*, jak również naruszenie art. 134 ust. 1 i 2 *Ustawy*, tj. naruszenie zasad gwarantujących zachowanie uczciwej konkurencji.
- przepisów o postępowaniu administracyjnym, w szczególności art. 9, art. 10 § 1, art. 73 § 1, art. 77 § 1, art. 78 § 1 oraz art. 80 k.p.a.
- przepisów o postępowaniu administracyjnym, a w szczególności art. 107 § 1 i 3 k.p.a. poprzez wadliwe uzasadnienie faktyczne i prawne zaskarżonej decyzji.

W wyniku rozpatrzenia odwołania Prezes NFZ decyzją nr 701/2011/DSOZ z dnia 17 maja 2011 roku utrzymał w mocy decyzję Dyrektora MOW NFZ nr 37/AOS/2011 z dnia 4 stycznia 2011 roku. Odwołujący wniósł do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie

skargę na w/w decyzję Prezesa NFZ. Wnosząc o uchylenie w całości zaskarżonych decyzji strona podniosła następujące zarzuty:

- Naruszenie prawa materialnego, tj. art. 134 ust. 1 i 2, art. 142 ust 6, art. 148, art. 152 i art. 154 ust 1 *Ustawy*,
- Naruszenie przepisów o postępowaniu administracyjnym, a w szczególności art. 9, art. 10 § 1, art. 73 § 1, art. 74 § 1 oraz § 2, art. 75 § 1, art. 77 § 1, art. 78 § 1, art. 80, oraz art. 107 § 1 i 3 k.p.a.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w zakresie swojej właściwości dokonał oceny zaskarżonych decyzji, według stanu faktycznego i prawnego obowiązującego w dacie wydania decyzji. Na tej podstawie wyrokiem z dnia 24 listopada 2011 roku (sygn. akt SA/Wa 1638/11) uchylił decyzję Prezesa NFZ nr 701/2011/DSOZ z dnia 17 maja 2011 roku oraz decyzję Dyrektora MOW NFZ nr 37/AOS/2011 z dnia 4 stycznia 2011 roku, wskazując równocześnie, że obydwie decyzje nie podlegają wykonaniu. Przedmiotowy wyrok został zaskarżony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Naczelny Sąd Administracyjny wyrokiem z dnia 21 maja 2013 roku oddalił skargę kasacyjną (sygn. II GSK 398/12). W następstwie niniejszego Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ wszczął procedurę administracyjną, zmierzającą do ponownego wydania decyzji w przedmiotowej sprawie.

W pierwszej kolejności MOW NFZ poinformował Odwołującego się pismem z dnia 19 września 2013 roku (sygn. pisma WOII/442-109-BSG/2013) o nowym terminie rozpatrzenia sprawy i wydania decyzji administracyjnej (zgodnie z art. 36 k.p.a). Pismem z dnia 19 września 2013 roku (sygn. pisma WOII/442-o-89-BSG/2013), celem realizacji prawa, o którym mowa w art. 10 § 1 k.p.a. Odwołujący został zawiadomiony o przysługującym mu uprawnieniu do zapoznania się z zebrany materiał dowodowy. Odwołujący w dniu 26 września 2013 roku zapoznał się z dokumentacją dotyczącą postępowania nr 06-11-000257/AOS/02/1/02.1587.001.02/1, w zakresie wskazanym w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 24 listopada 2011 roku (sygn. VI SA/Wa 1638/11) w tym ze wszystkimi trzema ofertami złożonymi w przedmiotowym postępowaniu.

W stosunku do zarzutów formułowanych przez Odwołującego się należy wskazać:

1. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 148 *Ustawy* w sposób opisany w odwołaniu, ustalono, iż oferta Odwołującego się została oceniona według jednolitych, stosownych wobec wszystkich oferentów (kryteriów oceny) obejmujących: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, w tym kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz cenę i liczbę oferowanych świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od Świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Komisja

konkursowa właściwie oceniła nadesłane oferty, pod względem przesłanek określonych w art. 149 *Ustawy*, ustalając, iż żadna ze złożonych ofert nie podlega odrzuceniu na podstawie przesłanek określonych w ustawie. Wszyscy Oferenci odpowiadali na te same pytania. Ocena ofert odbywała się w sposób jednolity i częściowo zautomatyzowany poprzez „zaczytanie” ofert wraz z odpowiedziami ankietowymi do systemu informatycznego NFZ. W oparciu o algorytm zawarty w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ, system przydzielił odpowiednią liczbę punktów. Liczba ta stanowiła o wyjściowej pozycji oferty w tzw. rankingu otwarcia. Ustalona na tym etapie postępowania liczba punktów mogła ulec zmianie w toku szczegółowej oceny ofert, kontroli i negocjacji z Oferentami. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny. Ostatecznie ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający prace komisji konkursowej, co gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

**Oferta Odwołującego została oceniona w następujący sposób:**

Lp.	Nazwa Kategorii	Nazwa grupy pytań	Pytanie	Odpowiedź na pytanie	Min liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Max liczba punktów do uzyskania - skalowalne	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu
1.1.1.1	Ciągłość	ZMNIEJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Czy świadczeń udziela lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub chirurgii dziecięcej?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	10	2
1.1.2.1	Ciągłość	ZMNIEJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań RTG?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	10	2
1.1.2.2	Ciągłość	ZMNIEJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań mikrobiologicznych?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	10	2
1.1.2.3	Ciągłość	ZMNIEJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań laboratoryjnych?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	10	2
1.1.2.4	Ciągłość	ZMNIEJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA	Czy oferent zapewnia dostęp do badań USG - w lokalizacji?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	10	2

		ŚWIADCZEŃ					
1.2.1.1	Jakość	PERSONEL	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50% czasu pracy poradni?	Tak	0	20	20
1.3.1.1	Dostępność	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	0	5	0,8333
1.4.1.1	Jakość	ZEWNETRZNA OCENA JAKOŚCI	Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie	0	5	0
1.4.1.2	Jakość	ZEWNETRZNA OCENA JAKOŚCI	Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie	0	5	0
1.5.2.1	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 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?	Nie	-1	0	0
1.5.2.2	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?	Nie	-3	0	0
1.5.2.3	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielania świadczenia świadczeniobiorcy?	Nie	-1	0	0
1.5.2.4	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono	Nie	-3	0	0



			pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy?				
1.5.3.1	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?	Nie	-3	0	0
1.5.3.2	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?	Nie	-2	0	0
1.5.4.1	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?	Nie	-1	0	0
1.5.4.2	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodnością z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?	Nie	-1	0	0
1.5.4.3	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	Nie	-2	0	0
1.5.5.1	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych	Nie	-2	0	0

			środków finansowych?				
1.5.5.2	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?	Nie	-3	0	0
1.5.6.1	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych ?	Nie	-2	0	0
1.5.6.2	Jakość	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?	Nie	-3	0	0
1.6.1.1	Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	Tak	0	5	1,6667
1.6.1.2	Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak	0	5	1,6667
1.6.1.3	Dostępność	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	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?	Tak	0	5	1,6667
	Cena	CENA					16,765

Łączna liczba punktów oceny oferty za kryterium niecenowe	35,8334
Liczba punktów oceny oferty za kryterium: Cena	16,765
Łączna liczba punktów oceny oferty	52,5984

2. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 142 ust. 5 pkt 1, należy wskazać, iż przepis ten wyraźnie wskazuje, że komisja konkursowa może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w

odniesieniu do przedmiotu zamówienia. *Ustawa* nie zobowiązuje komisji konkursowej do przeprowadzenia negocjacji wskazując w art. 142 ust 6 *Ustawy*, że komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny. Negocjacje bowiem mają na celu ostateczne ustalenie ceny za punkt oraz liczby świadczeń. Przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie nie regulują technicznego sposobu przeprowadzenia negocjacji, zależy to w głównej mierze od woli stron. W trakcie negocjacji strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 8,40 zł (w przypadku nieprzekroczenia przez Oferenta ceny oczekiwanej, decyzja odnośnie zaproponowanej ceny leżała tylko i wyłącznie w gestii Oferenta – o czym był informowany w trakcie negocjacji) oraz liczbę świadczeń w wymiarze 7500 pkt. Odwołujący w swoim odwołaniu podnosi, iż „z oświadczenia komisji (...) wynikało jednoznacznie, że ustalenie tych ilości i cen, potwierdzone podpisaniem protokołu końcowego, oznacza ustalenie tych składników umowy i wybór oferty Oferenta do zawarcia umowy”. Przy czym zaznaczyć należy, iż z protokołu końcowego podpisanego przez Odwołującego dnia 6 grudnia 2012 r. wyraźnie wynika, iż podpisanie przez strony protokołu negocjacji zawierającego liczby i ceny świadczeń nie stanowi podstawy zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ani roszczenia o zawarcie takiej umowy. W niniejszym protokole znajduje się bowiem (pouczenie), z którego wynika że protokół z negocjacji jest wyrazem ostatecznego stanowiska co do ilości i ceny, a zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta lub przyrzeczenia zawarcia z nim umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Pouczenie tej treści znajduje swoje umocowanie właśnie m.in. w art. 142 ust 6 *Ustawy* gdzie negocjacje są prowadzone w celu ustalenia ostatecznej oferowanej ceny, która to dopiero ma posłużyć do końcowej oceny oferty. Zatem zawarcie umowy z oferentem jest uzależnione od wyniku rankingu końcowego wszystkich oferentów, uwzględniającego także wynegocjowane ceny, a znajduje swój wyraz w późniejszym rozstrzygnięciu i wybraniu ofert najkorzystniejszych, co z kolei wynika z art. 142 ust 5 pkt 1 i art. 151 *Ustawy*. Podkreślenia wymaga fakt, iż ustalenie liczby planowanych świadczeń i ceny odbywało się w czasie jednego spotkania negocjacyjnego z każdym oferentem. Prowadzone jednoetapowo negocjacje dokumentowane były protokołem końcowym z negocjacji.

3. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 134 *Ustawy* w aspekcie równości traktowania wszystkich Oferentów należy podkreślić, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich Oferentów i

w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Uczestnikom konkursu zostały udostępnione zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z załącznikami, które określały zarówno wymagania stawiane oferentom jak i kryteria oceny ofert. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych kryteriów. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem omawianej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w rozpoznawanej sprawie nie nastąpiła. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie świadczeniodawców i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Zarzut naruszenia zasady równego traktowania oferentów, polegającego na prowadzeniu negocjacji w trakcie większej liczby spotkań z innym oferentami, niż ze skarżącym, jest oczywiście chybiony i gołosłowny. Jak już wyżej wskazywano w postępowaniu nr 06-11-000257/AOS/02/1/02.1587.001.02/1 ustalenie liczby i ceny miało miejsce w czasie jednego spotkania negocjacyjnego, z każdym z oferentów. Podkreślić tutaj należy, iż sam Odwołujący na etapie prowadzonego postępowania nie wnosił w tej kwestii żadnych zastrzeżeń, w szczególności w formie umotywowanego protestu przewidzianego art. 153 *Ustawy*. Skarżący nie podaje uzasadnienia faktycznego zarzutu i jako konkretyzacji poprzez wskazanie oferentów jak i przeprowadzonych z ich udziałem liczby spotkań, których rzekoma preferencja miałby dotyczyć. Analogicznie rzecz się ma z zarzutem Skarżącego wskazującym na powiadomienie tylko wybranych oferentów o ich miejscu w rankingu. Skarżący, po pierwsze bowiem nie udowodnił zrzucanej nieprawidłowości poprzez wskazanie innych w taki sposób uprzywilejowanych oferentów jaki, w na którym etapie postępowania (rankingowania) miało to miejsce, co może mieć fundamentalne znaczenie dla oceny.

4. Za chybiony należy uznać zarzut naruszenia art. 154 ust. 1 *Ustawy*, polegający na twierdzeniu, jakoby podejmowane w trakcie postępowania odwoławczego czynności ograniczały się do badania prawidłowości postępowania konkursowego wyłącznie w stosunku do oferty Odwołującego. W celu umożliwienia weryfikacji prawidłowości

wyboru ofert dokonanych przez komisję konkursową Organ, mając na względzie wytyczne Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego przedstawia ranking końcowy, z uwzględnieniem szczegółowej punktacji wszystkich Oferentów:

Nazwa oferenta	Punkty za ofertę cenową	ciągłość	kompleksowość	Jakość	dostępność	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Status oferty – wybrana TAK/NIE
Przychodnia Specjalistyczna „MED.-SKARPA”	30	10	nie stanowiła przedmiotu oceny	20	5,000	35,000	65,000	zbieżne ostateczne	Tak
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Scanmed Sfera Medyczna Uniwersum”	17,647	10	nie stanowiła przedmiotu oceny	22,5	5,833	38,333	55,980	zbieżne ostateczne	Nie
Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Sp. z o.o.	16,765	10	nie stanowiła przedmiotu oceny	20	5,833	35,883	52,598	zbieżne ostateczne	Nie

a także punktacje w rozbiciu na poszczególne składowe oceny ofert, która wygląda następująco:

Nazwa Oferenta		Przychodnia Specjalistyczna „MED.-SKARPA”		Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Scanmed Sfera Medyczna Uniwersum”		Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Sp. z o.o.		
Lp	Nazwa Kategorii	Pytanie	Odpowiedź	Liczba uzyskanych punktów w po przeskalowaniu	Odpowiedź	Liczba uzyskanych punktów w po przeskalowaniu	Odpowiedź	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu
1.1.	1.1	ciągłość Czy świadek udziela lekarz specjalista chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo - ortopedycznej lub ortopedii i traumatologii lub ortopedii i traumatologii	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2

		narządu ruchu lub chirurgii dziecięcej?						
1.1.2.1	Ciągłość	Czy oferent zapewnia dostęp do badań RTG?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2
1.1.2.2	Ciągłość	Czy oferent zapewnia dostęp do badań mikrobiologicznych?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2
1.1.2.3	Ciągłość	Czy oferent zapewnia dostęp do badań laboratoryjnych?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2
1.1.2.4	Ciągłość	Czy oferent zapewnia dostęp do badań USG - w lokalizacji?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	2
1.2.1.1	Ciągłość	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50% czasu pracy poradni?	Tak	20	Tak	20	Tak	20
1.3.1.1	Jakość	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	12 godzin lub mniej	0	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	0,8333	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	0,8333
1.4.1.1	Jakość	Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.4.1.2	Dostępność	Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych,	Nie	0	Tak	2,5	Nie	0

		ważny w dniu zawarcia umowy?						
1.5.2.1	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono obciążenie świadczeniobiorców w 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?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.2.2	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.2.3	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielania świadczenia świadczeniobiorcy?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.2.4	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i	Nie	0	Nie	0	Nie	0

		zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców w za świadczenia będące przedmiotem umowy?						
1.5.3.1	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.3.2	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.4.1	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?	Nie	0	Nie	0	Nie	0



1.5.4.2	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodność z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.4.3	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielenie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.5.1	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.5.2	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym	Nie	0	Nie	0	Nie	0

		stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?						
1.5.6.1	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych ?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.6.2	Jakość	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.6.1.1	Jakość	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667
1.6.1.2	Jakość	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667
1.6.1.3	Jakość	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	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667

		urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?					
		<b>Łączna liczba punktów za kryteria nieceny</b>		35		38,333	35,833
		Liczba punktów za cenę		30		17,647	16,765
		Liczba punktów łącznie		65		55,98	52,598

5. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 9, art. 10 § 1, art. 73 §1, art. 74 § 1 i 2 oraz § 2, art. 75 § 1, art. 77 § 1, art. 78 § 1, art. 80, art. 107 § 1 i 3 k.p.a. – należy wskazać co następuje. Zarzuty Odwołującego dotyczące naruszenia przepisów postępowania administracyjnego odnoszą się w głównej mierze do kwestii nieudostępnienia ofert pozostałych Oferentów. Wskazać należy, iż pismem z dnia 27 grudnia 2010 roku, Odwołujący został poinformowany o przysługującym mu prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów prowadzonego postępowania oraz zgłoszonych żądań dotyczących przedmiotowego odwołania, a co za tym został zaproszony do zapoznania się z ich treścią. Tym samym organ (Dyrektor MOW NFZ) nie pozbawił Oferenta ustawowego prawa określonego art. 10 § 1 k.p.a. Realizując zalecenia i wytyczne zawarte w wyroku Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 listopada 2011 roku (VI SA/Wa 1638/11), Dyrektor MOW NFZ poprzedził wydanie niniejszej decyzji realizacją dyspozycji określonej art. 10 § 1 k.p.a. Odwołujący pismem z dnia 19 września 2013 roku (znak: WOII/442-o-89-BSG/2013) ponownie został poinformowany o przysługującym mu prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w/w postępowania. Odwołujący w dniu 26 września 2013 roku zapoznał się z dokumentacją z postępowania nr 06-11-000257/AOS/02/1/02.1587.001.02/1, w tym ze wszystkimi trzema ofertami złożonymi w przedmiotowym postępowaniu, realizując tym samym w pełnym zakresie wytyczne określone w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z dnia 24 listopada 2011 roku (sygn. SA/Wa 1638/11).
6. Odnosząc się do zarzutu nie otrzymania punktacji za kryterium kompleksowości należy wskazać, iż zgodnie ust 3 załącznika nr 1 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r. zawarte w tabelach odesłania do załączników, dotyczące wymagań wobec świadczeniodawców,

odnoszą się do odpowiednich zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym konkretne kryterium należy przyporządkowywać do poszczególnego zakresu świadczeń. Kryterium kompleksowości dotyczy wybranych zakresów świadczeń (nie jest oceniane we wszystkich zakresach świadczeń). Zgodnie bowiem z załącznikiem do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 r., punkty za kompleksowość realizacji świadczeń w danym zakresie można był uzyskać w przypadku pytań dotyczących m.in możliwości doboru aparatów słuchowych różnymi metodami, pobrania materiału do badań z oceną cytologiczną/histopatologiczną, możliwości założenia gipsu, amniopunkcji diagnostycznej z badaniem płynu owodniowego czy wykonywania innych badań elektrofizjologicznych, a więc procedur niewykonywanych w zakresie preluksacji. W przypadku zakresu: świadczenia w zakresie preluksacji, w ankiecie dotyczącej postępowań na 2011 r. i lata następne nie było powyższych pytań, za które świadczeniodawca otrzymałby dodatkowe punkty w ramach kryterium kompleksowości realizacji świadczeń. W ten sam sposób były oceniane ofert wszystkich oferentów.

Warto w tym miejscu wskazać także, iż Odwołujący się został wybrany do zawarcia umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie preluksacji, zgodnie z rozstrzygniętym w dniu 31 stycznia 2011 roku postępowaniem konkursowym nr 06-11-001964/AOS/02/1/02.1587.001.02/1. Odwołujący się zatem nieprzerwanie od dnia 1 lutego 2011 roku realizuje umowę we wskazanym powyżej zakresie.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego w uprzednio wydanych decyzjach, realizując tym samym dyspozycje wynikające z art. 7, 77 oraz 107 § 3 k.p.a. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów Odwołującego się. Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia przepisów prawa w tym zakresie obowiązujących, w tym w szczególności zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu. Przepis art. 134 ust. 2 Ustawy nakłada nadto na Fundusz obowiązek, by wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były wszystkim świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Wszystko to służy nadrzędnemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz

transparentne, prowadzące do wyboru ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość, a także dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, z zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy Oferentami.

Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08) do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Interes prawny Oferenta należy oceniać zawsze na kanwie konkretnego postępowania i możliwości zawarcia przez niego umowy; posiadanie interesu prawnego związane jest zawsze z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że świadczeniodawca pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. W ocenie Organu do naruszenie interesu prawnego Oferenta nie doszło.

Postępowanie konkursowe prowadzone było zgodnie z przepisami prawa, z poszanowaniem zasad uczciwej konkurencji i zasad równego traktowania wszystkich Oferentów, w żadnym momencie nie doszło do naruszenia wymagań formalnoprawnych czy jednolitości stosowanych kryteriów. Oferent uzyskał pełną i przejrzystą informację co do sposobu wyłaniania Oferentów, poznał szczegółową punktację z podziałem na konkretne składowe oceny oferty. Po kompleksowej analizie sprawy Organ stwierdza, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się.

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie  
*Barbara Bulanowska*

**Pouczenie:**

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

