

Niepołomickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.
ul. Korczaka 1
32-005 Niepołomice

Decyzja

z dnia 31 marca 2014 r.

nr 4/POZ/2014

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. nr 267) oraz art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 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 z późn. zm.) zwaną dalej „ustawą”, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta Niepołomickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. ul. Korczaka 1, 32-005 Niepołomice, w dniu 14 marca 2014 roku – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000049/POZ/0112/01.155.16/1, prowadzonego w trybie konkursu ofert/rokowań w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie: ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA OBSZARZE ZABEZPIECZENIA DO 50 000 OSÓB - RYCZAŁT MIESIĘCZNY, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

~~uwzględnia~~/oddala* odwołanie

UZASADNIENIE

* niepotrzebne skreślić

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając 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 06-14-000049/POZ/0112/01.155.16/1 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA OBSZARZE ZABEZPIECZENIA DO 50 000 OSÓB - RYCZAŁT MIESIĘCZNY, na okres od dnia 1 kwietnia 2014 roku do dnia 31 marca 2019 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 504 000,00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 kwietnia 2014 roku do dnia 31 grudnia 2014 roku. W postępowaniu zostały złożone 2 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 10 marca 2014 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 wszczęciu postępowania administracyjnego oraz o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. nr 267)*, 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 Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do dyrektora

wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie.

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.

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a ustawy określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-6 ustawy, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1 tego przepisu lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4 tego przepisu oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie działając zgodnie z art. 61 § 4 w zw. z art. 61 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 ustawy pismem z dnia 18 marca 2014 znak: WOKSII/442-o-16/BSG/2014 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu.

Kolejno Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie pismem z dnia 18 marca 2014 o WOKSII/442-o-15a/BSG/2014. poinformował strony postępowania o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 267). Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie poinformował strony o zapewnieniu czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwieniu wypowiedzenia się strony co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący zapoznał się z aktami sprawy w dniu 26 marca 2014 roku. Odwołujący się – w protokole udostępnienia dokumentacji w trybie wynikającym z art. 10 k.p.a – złożył wniosek o ścisłe monitorowanie spełnienia warunków w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w przedmiocie wykazanych do oferty lekarzy-pediatrów oraz ambulansu. Odwołujący się wskazuje także na fakt zbyt małego korytarza oraz ilości pacjentów korzystających z tego zakresu świadczeń u wybranego świadczeniodawcy.

Dokonując oceny zasadności przedmiotowych zarzutów postawionych przez Odwołującego wymaga wskazania przebieg postępowania o nr 06-14-000049/POZ/0112/01.0000.155.16/1.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 3 lutego 2014 roku na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-14-000049/POZ/0112/01.0000.155.16/1w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń: nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50.000 osób- ryczałt miesięczny na obszarze: 1219032 – Kłaj, 1219043 – Niepołomice, 1219044 – Niepołomice, 1219045 – Niepołomice na okres od 1.04.2014 roku do dnia 31.03.2019 roku.

W ogłoszeniu postępowania o ww. nr zostały wskazane niżej wymienione akty prawne, które zawierały m.in. wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem NFZ”, w odniesieniu do oferentów przystępujących do postępowania, a także stanowiły formalną i merytoryczną podstawę do wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego tj.:

1. *Ustawa 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. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217z późn. zm.),*
3. *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 rokovaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U z 2004 r., nr 273, poz. 2719),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r. nr 293 poz.1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r. nr 293 poz.1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., nr 81, poz. 484),*

7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 roku (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248),*
8. *Zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm),*
9. *Zarządzenie nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,*
10. *Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze 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*.

Wszyscy oferenci już w chwili ogłoszenia postępowania zapoznają się z określonymi przepisami będącymi podstawą do dokonania wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wskazano zarówno warunki wymagane do realizacji świadczeń w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna jak i warunki dodatkowo oceniane.

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 2 oferty. Oferentami byli:

1. OPC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KRAKÓW
SPÓŁKA KOMANDYTOWA
2. Niepołomickie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.

W dniu 19 lutym 2014 r. Komisja Konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze. Komisja konkursowa stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach,

składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zasad (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2719).

Wszyscy członkowie Komisji konkursowej podpisali oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac Komisji z punktu widzenia wymagań określonych w § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zasad (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2719).

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.

W toku postępowania Komisja Konkursowa przeprowadziła kontrole wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Przeprowadzając kontrolę Oferentów Komisja dokonała w szczególności sprawdzenia:

- ✓ Wyposażenia w sprzęt niezbędny do przeprowadzenia procesu diagnostyczno – terapeutycznego w danym zakresie,
- ✓ Pomieszczenia niezbędne do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z oceną warunków sanitarno – higienicznych,
- ✓ Spełnienie wymogów w zakresie zapewnienia dostępu miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych.

W toku postępowania objęci kontrolą byli następujący oferenci:

- OPC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KRAKÓW SPÓŁKA KOMANDYTOWA
- Niepołomickie Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością.,

Kolejno wszystkie oferty złożone do postępowania, w tym również oferta odwołującego się Oferenta, zostały zakwalifikowane do części niejawnego postępowania jako spełniająca wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy.

Ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Prezes NFZ określił w nim, według jakich kryteriów, oferty składane do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są oceniane. Kryteria oceny ofert są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Oferent przystępując do postępowania ma możliwość zaznajomienia się z treścią w/w zarządzenia. Zgodnie z treścią § 1ust.1

zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert, ceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów:

1. **jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej w szczególności poprzez:
 - a. kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
 - b. wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - c. zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia,
 - d. ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,
 - e. wyniki ostatniej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z uwzględnieniem ewentualnych zastrzeżeń wniesionych do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do wystąpienia pokontrolnego. Wyniki kontroli odnoszą się do całego okresu obowiązywania umowy zawartej na realizację świadczeń w danym zakresie świadczeń, obowiązującej w roku poprzedzającym rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
2. **zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - rozumianej jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ocenianej w szczególności poprzez:
 - a. planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
 - b. dostęp do badań i zabiegów,
 - c. posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
 - d. ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
3. **dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej w szczególności poprzez:
 - a. liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
 - b. organizację przyjęć świadczeniobiorców,
 - c. brak barier dla osób niepełnosprawnych;
4. **ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - rozumianej jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko

przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów - ocenianej w szczególności poprzez:

- a. organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,
- b. realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

5. **ceny świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Kryterium certyfikatu systemu zarządzania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c ww. zarządzenia jest spełnione, jeśli certyfikat systemu zarządzania:

- 1) *ma zastosowanie w przedmiocie, na który złożono ofertę;*
- 2) *obejmuje lokalizację (miejsce udzielania świadczeń) wskazaną w ofercie;*
- 3) *jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;*
- 4) *jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża "Zdrowie i opieka społeczna" zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G Katering zgodnie z ISO/TS 22003), udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez równorzędny podmiot zagraniczny i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej."*

Natomiast kryterium certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c jest spełnione, jeśli:

- 1) *certyfikat jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;*
- 2) *w dniu złożenia oferty świadczeniodawca posiada decyzję potwierdzającą przyznanie certyfikatu (legitymowanie się kopią decyzji jest równoznaczne z posiadaniem certyfikatu)."*

Ocena oferty w rankingu została wyliczona przez system na podstawie informacji zawartych w ofertach, w oparciu kryteria oceny ofert zawarte w cytowanym zarządzeniu nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie ze wzorami określonymi w załączniku nr 1 i nr 2 do zarządzenia.

Zgodnie z treścią art. 142 ust. 5 ustawy, w części niejawnej konkursu ofert komisja może:

1. 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;
2. nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast art. 142 ust. 6 i 7 ustawy stanowi, że Komisja w części niejawnej konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

- 1) liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.

Komisja ma również obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Negocjacje z obydwoma Oferentami odbyły się w dniu 10 marca 2014 roku.

Komisja konkursowa kolejno przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny oferty w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych kontrolach negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym Komisja Konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu jedną ofertę, jaka znalazła się w rankingu końcowym, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 10 marca 2014 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

Odwołujący się pismem z dnia 14 marca 2014 roku wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

W tym miejscu rozpatrując złożone przez Odwołującego zarzuty Dyrektor Małopolskiego OW NFZ w Krakowie zważył co następuje.

W dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 19 stycznia 1995 r., I SA 1326/93), a wręcz, że interes prawny ma wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 27 września 2001 r., I SA 2326/00).

W przypadku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguła ta znajduje zastosowanie jedynie odpowiednio, bądź na zasadzie analogii. Jakkolwiek bowiem postępowania wszczęte wskutek odwołania lub skargi niezadowolonego oferenta mają charakter administracyjny lub sądowno-administracyjny, samo postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leży już poza sferą prawa administracyjnego, albowiem dotyczy cywilnoprawnej umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnego sposobu zawarcia tego rodzaju umowy, normowanego przepisami art. 132 i n. ustawy i, uzupełniająco, przepisami art. 66 i n. k.c. Mamy więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, bądź nie dokonanie wyboru żadnej oferty, gdy nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 142 ust. 5 ustawy). W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami (art. 134 ust. 1 ustawy).

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. Realizując ten obowiązek Prezes Narodowego Funduszu określa w drodze zarządzeń wymagania i wzory dokumentów, które nie zostały określone przepisami prawa powszechnie obowiązującego, jak też może wskazać komisjom konkursowym w drodze aktów wewnętrznych właściwy sposób zachowania się na poszczególnych etapach postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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.

Jak słusznie wskazano w piśmiennictwie, *„pojęciem fundamentalnym dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym*

przyznane przez normę prawa materialnego. Interes prawny – co istotne – musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili, indywidualny oraz obiektywnie weryfikowalny. Samo zaś ustalenie interesu prawnego to nic innego jako zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną” (A. Paszkowski, *Środki odwoławcze w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*).

Jak wskazał też Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330), **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. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie zatem do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu.

Z kolei w wyroku z dnia 24 września 2008 r. (VII SA/Wa 1076/08, LEX nr 560207) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie podkreślił, iż świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może skutecznie wnieść środek odwoławczy w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia naruszy określone przepisami powszechnie obowiązującymi lub przepisami wydanymi na ich podstawie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zasady postępowania w rozumieniu materialnoprawnym (np. wymagania od świadczeniodawców) oraz proceduralnym (np. warunki prowadzonego postępowania).

Ostatnim warunkiem skutecznego wniesienia przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środka odwoławczego jest istnienie związku o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy a naruszeniem zasad postępowania (A. Paszkowski, *op. cit.*).

Interes prawny świadczeniodawcy należy zatem oceniać zawsze na kanwie konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez danego świadczeniodawcę; posiadanie interesu prawnego związane jest zawsze z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że świadczeniodawca pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. Stanowisko to potwierdza wyrok WSA w Warszawie z dnia 11 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2013/08.): „*Pojęcie uszczerbku interesu prawnego nie występuje zasadniczo*

w prawie administracyjnym, gdzie mowa jest o naruszeniu interesu prawnego (a nie o jego uszczerbku). Skoro jednak podstawą żądania strony w kontrolowanym postępowaniu administracyjnym jest uszczerbek w interesie prawnym to istnieje potrzeba dokonania analizy różnic w wymienionych sformułowaniach, w szczególności czy różnice te sprowadzają się tylko do warstwy językowej. Określając warunki skorzystania ze środków odwoławczych, o których mowa w art. 152 ustawy, ustawodawca posłużył się pojęciem uszczerbku interesu prawnego. Pojęcie to jest używane również w ustawie o zamówieniach publicznych. Wprawdzie w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 138 ustawy), nie ma jednak przeszkód, aby w analizie pojęcia występującego na gruncie innej ustawy posłużyć się argumentacją wypracowaną przez piśmiennictwo prawnicze i orzecznictwo, w takim zakresie, w jakim może ono mieć zastosowanie w odniesieniu do stosowania przepisu art. 152, w zw. z art. 154 ustawy. Zgodnie z dyrektywą wykładni językowej, jeżeli określony termin należy do terminów specyficznych w określonej dziedzinie wiedzy, to należy przyjąć, iż termin ten ma takie znaczenie, jak w tych dziedzinach (domniemanie znaczenia specjalnego). Jak wynika z piśmiennictwa i judykatury odnoszącej się do zamówień publicznych istotą badania uszczerbku interesu prawnego jest ustalenie czy na skutek naruszenia prawa nie nastąpił uszczerbek w możliwości uzyskania zamówienia, nie zaś jakikolwiek uszczerbek w interesie prawnym wykonawcy. Por. M. Stachowiak, J. Jerzykowski, W. Dzierzanowski, *Prawo zamówień publicznych, komentarz*, LEX, 2007, wyd. III. Podobny, bardziej ogólny pogląd zaprezentował Europejski Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z dnia 11 stycznia 2005 r. w sprawie C-26/03 „Możliwość zaskarżenia przysługuje każdemu podmiotowi, który ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia publicznego i w przypadku gdy taki podmiot dozna uszczerbku lub zagraża mu doznanie uszczerbku w wyniku zarzucanego naruszenia (...)”. 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 dotyczącym zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych w odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku (...).

W stosunku do zarzutów formułowanych przez Odwołującego się należy wskazać:

1. Odnosząc się do zarzutów dotyczących naruszenia art. 148 ustawy poprzez niedostateczne porównanie wszystkich złożonych w toku postępowania ofert oraz

brak dokonania przez komisję konkursową w oparciu o wskazane w przedmiotowym przepisie kryteria prawidłowej weryfikacji i oceny oferty Odwołującego się należy wskazać, iż w oparciu o zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ 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 oferowanych świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w w/w zarządzeniu 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 „zacytanie” ofert wraz z odpowiedziami ankietowymi do systemu informatycznego NFZ. W oparciu o algorytm zawarty w zarządzeniu nr 3/2014/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.

Tym samym zarzuty zarówno dotyczące pominięcia niektórych kryteriów niecelowych, automatyzmu przy przyznawaniu punktacji, oceny oferty opierającej się wyłącznie na zastosowaniu programu komputerowego należy uznać za bezzasadne. Jak już wcześniej wskazano system informatyczny ma za zadanie wspierać prace komisji konkursowej. Sposób przygotowywania oferty i udzielanych odpowiedzi ankietowych ma bezpośredni wpływ na wartość punktową uzyskiwaną przez konkretnego Oferenta. Trudno przy tym racjonalnie ważyć zarzut Odwołującego się dotyczący braku wiedzy na temat uzyskiwanej punktacji. W tym zakresie wątpliwości rozwiewa załącznik nr 1 oraz nr 2 do zarządzenia nr 3/2014/DSOZ, w którym w sposób zrozumiały i wyczerpujący określono algorytm obliczania punktacji poszczególnych oferentów, i tak odpowiednio:

- Końcowa ocena oferty – liczba punktów oceny - jest wyznaczana na podstawie następującego wzoru:

$$y = y_c + \sum_{i=1}^n \frac{a_i}{x_i} s_i \quad \text{gdzie poszczególne symbole oznaczają:}$$

y - liczba punktów oceny danej oferty

y_c - liczba punktów oceny uzyskana w zakresie kryterium cenowego, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 2

x - maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą

s - waga skalująca

a - liczba punktów jednostkowych uzyskanych w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą

n - liczba wag skalujących stosowanych w danym rodzaju i zakresie świadczeń, z wyłączeniem kryterium ceny

- Wartości danych wykorzystywanych do obliczenia końcowej oceny oferty, w tym w szczególności:
 - 1) wagi skalujące (maksymalne liczby punktów oceny),
 - 2) liczby punktów jednostkowych odpowiadających poszczególnym parametrom oferty (odpowiedziom w ankiecie),
 - zostały przedstawione w tabelach, odrębnie dla każdego rodzaju kontraktowanych świadczeń. Maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą jest uzależniona od wymagań i warunków dodatkowo ocenianych określonych dla danego zakresu świadczeń.

Warunki wymagane i punktowane przedstawiają się następująco
(załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ):

TABELA NR 1 POZ - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJ ĄCA (S) (maksyma lna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIE DZI	NR WIERSZ A	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	35	jedna odpowieź do wyboru	1	wszystkie zakresy	co najmniej 30 % liczby lekarzy i tygodniowego czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia (z wyłączeniem lekarzy pediatrów i ich czasu pracy) stanowi łącznie liczba	15

TABELA NR 1
POZ - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					lekarzy i czas pracy lekarzy posiadających następujące traktowane alternatywnie specjalizacje: <ul style="list-style-type: none"> w dziedzinie chorób wewnętrznych (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) lub będących w jej trakcie – co najmniej 2 lata od rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego, lub w dziedzinie medycyna rodzinna lub będących w jej trakcie, lub w dziedzinie medycyna ogólna. 	
		jedna odpowiedź do wyboru	2	1	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			3	1	udzielanie świadczeń przez dodatkowego lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	30
		jedna odpowiedź do wyboru	4	2-4	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			5	2-4	udzielanie świadczeń przez co najmniej 1 zespół, w skład którego wchodzi lekarz pediatra	30
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	6	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			7		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	8	wszystkie zakresy	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)	1
			9		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			10		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35	3

TABELA NR 1
POZ - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
			11		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			12		niezasadne ordynowanie leków	1
			13		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			14		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			15		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			16		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			17		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			18		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			19		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność	10	jedna odpowiedź do wyboru	20	wszystkie zakresy	lokalizacja miejsca udzielania świadczeń w głównym ośrodku administracyjnym na terenie obszaru zabezpieczenia	10
Kompleksowość	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21	wszystkie zakresy	zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki RTG (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.	5
			22		zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki laboratoryjnej – laboratoria diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.	5
			23		zapewnienie gotowości wyłącznego użytkownika środka transportu sanitarnego, spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane dla obszaru zabezpieczenia, którego dotyczy umowa (co najmniej jednego środka transportu sanitarnego w przypadku obszarów objętych ryczałtem: R1, R2,	5

TABELA NR 1 POZ - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					R3, co najmniej dwóch w przypadku obszaru objętego ryczałtem R4)	
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	24	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia świadczeniobiorców w ramach umowy zawartej z Funduszem na zakres Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w miejscu wskazanym w ofercie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

Ponadto co warto podkreślić, Odwołujący się podpisał oświadczenie złożone do oferty, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania (załącznik nr 2 do zarządzenia nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), stąd też wszelkie zarzuty formułowane pod adresem komisji konkursowej w stosunku do oceny oferty i nieznanymi kryteriów branych pod uwagę przy wyborze oferty należy uznać za chybione.

W celu umożliwienia weryfikacji prawidłowości wyboru ofert dokonanych przez komisję konkursową Organ 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
OPC Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	10	0	5	32,222	10	47,222	57,222	zbieżne ostateczne	Tak
Niepołomickie Centrum Medyczne Sp. z o.o."	20	0	5	15	10	30	50	zbieżne ostateczne	Nie

1. Organ wskazuje jednocześnie, że zgodnie z art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U.2013 r., poz. 1290), Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zasadę jawności ofert składanych w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę - w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. W konsekwencji tej regulacji w zarządzeniu nr 74/2013/DSOZ Prezes NFZ wskazał, że oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po zakończeniu postępowania, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę. Zastrzeżenie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy w formie pisemnej, może nastąpić w szczególności poprzez wypełnienie i załączenie do oferty formularza, którego wzór określony został w załączniku nr 7 do zarządzenia nr 74/2013/DSOZ Prezes NFZ. Zastrzeżenie dotyczące wyłączenia jawności oferty winno w sposób niebudzący wątpliwości określać informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy. Zastrzeżenie nie może mieć jednak charakteru zastrzeżenia ogólnego – zastrzeżenie całości oferty.

Dnia 17.02.2014 r. "Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy" złożył oferent OPC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KRAKÓW SPÓŁKA KOMANDYTOWA zastrzegając – wykaz personelu, sprzętu, pojazdów, pomieszczeń, wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawcę, ofertę w zakresie liczby i ceny, harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową oraz ankiety dotyczące całego postępowania.

Natomiast dnia 12.02.2014 r. Niepołomickie Centrum Medyczne Sp. z o.o złożył "Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy" zastrzegając: wykaz personelu oraz ofertę w zakresie liczby i ceny.

Biorąc pod uwagę obowiązek przestrzegania przez Organ ww. tajemnicy przedsiębiorcy i jednocześnie potrzebę porównania ofert Oferentów, należy wskazać, że:

- a) różnica w łącznej ocenie punktów wynika z różnic ofert w zakresie :

- posiadania certyfikatu ISO
 - oferty cenowej po przeprowadzonych negocjacjach
 - zatrudnienia lekarzy pediatrów
- b) pozostała punktacja ofert była taka sama

2. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 134 *Ustawy* poprzez przeprowadzenie postępowania konkursowego w sposób nie gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji oraz dokowanie wyboru najkorzystniejszej oferty w sposób nie zapewniający równego traktowania w toku postępowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 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. 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*.
3. Odnosząc się do zarzutu nie otrzymania punktacji za kryterium ciągłości należy wskazać, iż zgodnie § 1 ust 1 pkt 4 zarządzenia nr 3/2014/DSOZ kryterium ciągłości rozumieć należy jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców

w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów - ocenianej w szczególności poprzez:

- a. organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,
- b. realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

W świetle tak skonstruowanego przepisu punkty za ciągłość przysługują wyłącznie Oferentom, dotychczas realizującym umowę w ramach umowy zawartej z Oddziałem Funduszu w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wbrew szerokim wywodom Odwołującego się pod kryterium to nie podchodzi udzielanie części zakresu będącego przedmiotem umowy przez podwykonawcę. Zgodnie bowiem z § 6 ust 2 i 3 zarządzenia Nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ze zm.)* świadczenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców, wymienionych w "Wykazie podwykonawców", z uwzględnieniem gotowości do udzielania świadczeń. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w zarządzeniu oraz przepisach odrębnych. Jednakże w dalszym ciągu będą to świadczenia realizowane wyłącznie **z udziałem podwykonawców**, a strona umowy pozostaje Świadczeniodawca. Udzielanie części świadczeń jako podwykonawca nie stanowi o możliwości wypełnienia formularza ofertowego z zaznaczeniem punktacji za ciągłość. Stąd też Odwołujący się w sposób wadliwy dokonuje wykładni przepisu dotyczącego rzeczowego kryterium. W ten sam sposób były oceniane ofert wszystkich oferentów.

4. Odnosząc się w kolejności do zarzutu dotyczącego preferowania i dodatkowego punktowania kryterium jakościowego w kontekście lekarzy pediatrów należy wskazać, iż wszelkie tego typu zastrzeżenia kierować należy do Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, ale tylko i wyłącznie na etapie konsultacji społecznych, dotyczących konkretnego rodzaju świadczeń – a według wiedzy którą dysponuje Oddział Funduszu - ze strony Odwołującego się nie były składane żadne uwagi.
5. Odnosząc się końcowo do zarzutu dotyczącego pozbawienia możliwości korzystania ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na kolejne lata należy wskazać, iż Narodowy Fundusz Zdrowia w wyniku przeprowadzonego postępowania

świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie określonym w ogłoszeniu. Tym samym Fundusz zabezpieczył w pełni świadczenia w w/w zakresie dla Świadczeniobiorców z terenu gmin Niepołomice i Kłaj. Nie bez znaczenia pozostaje fakt, iż drugi z podmiotów składających ofertę w postępowaniu konkursowym również nie uzyskał dodatkowej punktacji za kryterium ciągłości. Odwołujący podnosi także, iż nieprzerwanie od 1999 roku świadczył usługi w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w Niepołomicach ul. Korczaka 1. Z tym również Oddział Funduszu nie może się zgodzić ponieważ nocna i świąteczna opieka zdrowotna w obecnym kształcie funkcjonuje dopiero od dnia 1 marca 2011 roku, a poprzednim postępowaniu konkursowym wyłoniono Świadczeniodawcę tj. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OPC, który realizuje umowę do dnia dzisiejszego.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. 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.

Powyższe stanowi o tym, że komisja konkursowa nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ocena ta skutkuje uznaniem, że nie doszło do naruszenia interesy prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

p.o. DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska

Decyzję otrzymują:

1. Niepołomickie Centrum Medyczne Sp. z o.o., ul. Korczaka 1, 32-005 Niepołomice;
2. OPC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ KRAKÓW SPÓŁKA KOMANDYTOWA, ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków;
3. a/a

Pouczenie:

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