

Znak: WOKSI.422.37.2017

REH.PG

### **Decyzja**

z dnia 25 października 2017 r.

nr 46./REH/2017

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) zwaną dalej „*Ustawą*” oraz art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257) w związku odwołaniem złożonym przez Oferenta Łukasz Zelek, Dorota Turska-Chudy – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000296/REH/05/1/05.1310.209.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

**oddala odwołanie.**

### **UZASADNIENIE**

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie nr 06-17-000296/REH/05/1/05.1310.209.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, na okres od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 36 720,00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 października 2017 do dnia 31 grudnia 2017 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 2. W postępowaniu złożono 6 ofert. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 15 września 2017 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* (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257) 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 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. Od decyzji Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 *ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi* (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1370 ze zm.), jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

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. kodeksu cywilnego. 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, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1, 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). 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.).

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*, jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie tj. Łukasz Zelek, Dorota Turska-Chudy oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Skrzydlina 287, 34-625 Skrzydlina.

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. *k.p.a* oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 *Ustawy*, pismem z dnia 28 września 2017 roku znak: WOKSI.422.37.2017 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu a także o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 *k.p.a*. Dyrektor MOW NFZ 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 12 października 2017 roku, nie wnosząc uwag do przedłożonej dokumentacji. Strona wybrana do zawarcia umowy, oświadczyła, że nie zamierza skorzystać z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-17-000296/REH/05/1/05.1310.209.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 29 czerwca 2017 roku na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-17-000296/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa na obszarze: 1207 - limanowski na okres: od dnia 1 października 2017 do dnia 30 czerwca 2022 roku.

W ogłoszeniu postępowania o ww. numerze 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 2016 r., poz. 1793 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),*
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 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1146),*
7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.,*

*10. Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*

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

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 6 ofert. Oferentami byli:

1. Łukasz Zelek, Dorota Turska-Chudy, ul. Szwedzka 4, 34-600 Limanowa,
2. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LASKOWEJ, Laskowa 428, 34-602 Laskowa,
3. Urszula Jurczak, ul. Spadochroniarzy 28B, 34-730 Mszana Dolna,
4. Ireneusz Brytan, ul. 3 Maja 102d, 32-400 Myślenice,
5. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra,
6. FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Skrzydlina 287, 34-625 Skrzydlina.

W dniu 19 lipca 2017 r. komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze, stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 z zm.)*.

Wszyscy członkowie komisji konkursowej podpisali oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji z punktu widzenia wymagań określonych w art. 139 ust 5 *Ustawy*.

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 trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wzywała oferentów do usunięcia braków formalnych, które zostały uzupełnione w wyznaczonym terminie. W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. 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 weryfikację u 4 nowych oferentów biorących udział w postępowaniu:



1. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LASKOWEJ,  
Laskowa 428, 34-602 Laskowa,
2. Urszula Jurczak, ul. Spadochroniarzy 28B, 34-730 Mszana Dolna,
3. Łukasz Zelek, Dorota Turska-Chudy, ul. Szwedzka 4, 34-600 Limanowa,
4. FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Skrzydlina 287,  
34-625 Skrzydlina

Zgodnie bowiem z § 17 ust. 3 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.)*, komisja konkursowa przeprowadza weryfikację, u oferenta, który dotychczas nie miał zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Przeprowadzając kontrolę Oferentów komisja dokonuje w szczególności sprawdzenia:

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

Ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w *sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372)* oraz rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz.1522 ze zm.)*.

W trakcie oceny formalnej ofert komisja konkursowa odrzuciła 3 oferty:

- Ireneusz Brytan, ul. 3 Maja 102d, 32-400 Myślenice,
- SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra,
- Łukasz Zelek, Dorota Turska-Chudy, ul. Szwedzka 4, 34-600 Limanowa,

na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 7 *Ustawy* Odrzuca się ofertę m.in. 7) *jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2.*

W dniu 28 sierpnia br. odrzuciła w całości ofertę Odwołującego się na podstawie art. 146 ust.1 pkt. 2 *Ustawy*, tj.: niespełnienia warunków, o których mowa w *lp. 2 (lit. a i b) załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z*

zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r ze zm).dot. porady lekarskiej rehabilitacyjnej, ze względu na wykazanie w ofercie lekarza bez wymaganych kwalifikacji.

5 września 2017 r. wpłynął protest z dnia 1 września 2017 r. Odwołującego się na czynność komisji konkursowej polegającą na odrzuceniu oferty. Ogłoszenie o wniesieniu protestu zostało zamieszczone na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń Małopolskiego OW NFZ w Krakowie.

W uzasadnieniu protestu Odwołujący podniósł, że „wskazał imiego specjalistę Pana Andrzeja Mysłakowskiego, który spełniał wymóg określony w ustawie w sprawie świadczeń gwarantowanych, posiadając specjalizację II stopnia”. Odwołujący podkreślił, iż „uzupełnienie wymogów formalnych nastąpiło w przewidzianej przepisami formie i terminie”, ponadto zaznaczył, iż „przepisy rozporządzenia nie regulują w sposób kompleksowy warunków prowadzenia przetargu, dlatego też zasadnym wydaje się posiłkowe stosowanie ustawy regulującej kwestie zamówień publicznych”. Odwołujący dodał, iż „w pełni uzasadnioną i dopuszczalną powinna być możliwość uzupełnienia treści oferty”. Komisja konkursowa w odpowiedzi na w/w protest w dniu 07.09.2017 r. ustaliła, że zgodnie z § 5 w zw. z § 9 Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.), Oferent obowiązany jest do przygotowania i złożenia oferty spełniającej warunki zawierania umów, zgodnie z przepisami niniejszego zarządzenia oraz obowiązany jest spełniać wymagania określone m.in. w ogłoszeniu o postępowaniu. Natomiast stosownie do §18 pkt 4 Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.) oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania. Organ przypomniał, że Oferta Odwołującego została odrzucona, ponieważ nie spełniła warunków, o których mowa w lp. 2 (lit. a i b) załącznika nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r ze zm).dot. porady lekarskiej rehabilitacyjnej, ze względu na wykazanie w ofercie lekarza bez wymaganych kwalifikacji. Komisja konkursowa uznała, że przedstawione w proteście zarzuty są bezzasadne i postanowiła oddalić protest.

Oferta Odwołującego oraz innych odrzuconych oferentów nie podlegała ocenie w dalszej części postępowania, a do części niejawnego postępowania zostali zakwalifikowani oferenci, których oferty nie zostały odrzucone.

Zgodnie z art. 148 Ustawy porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
- 2) kompleksowości,
- 3) dostępności,
- 4) ciągłości,
- 5) ceny



- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

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

1. wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1,
2. nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz sporządzonym rankingu końcowym komisja konkursowa dokonała wyboru w rozstrzygnięciu 1 oferty, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.: FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, Skrzydlna 287, 34-625 Skrzydlna, która znalazła się w rankingu końcowym, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

Wszystkie czynności weryfikacyjne oferty zostały opisane szczegółowo poprzez sporządzenie przez komisję konkursową protokołów oceny oferty pod względem spełnienia warunków formalno – prawnych.

Organ podkreśla, że po przeprowadzonych negocjacjach komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy przy wsparciu systemu informatycznego, w którym oferty zostały uszeregowane zgodnie z punktacją malejącą. Bazę danych systemu tworzyły przesłane w formie elektronicznej zapytania ofertowe przekazane przez oferentów, ankiety i wyniki przeprowadzonych negocjacji. Wybór oferentów następował według kolejności wynikającej z rankingu końcowego, zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu konkursowym. W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Komisja konkursowa w każdym postępowaniu konkursowym dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z pozycją uzyskaną w rankingu końcowym, jednakże wybór liczby oferentów z którymi ma zostać zawarta umowa uzależniony jest od kwoty postępowania wskazanej w ogłoszeniu.

Ranking końcowy z podziałem na poszczególne części oceny oferty przedstawia się następująco:

Nazwa oferenta	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ 063/200290	5,980	66,000	0,000	4,000	0,000	0,000	70,000	75,980	zbieżny ostateczny	TAK

Nazwa oferenta	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
Urszula Jurczak 063/200299	9,902	35,000	0,000	4,000	0,000	0,000	39,000	48,902	zbieżny ostateczny	NIE
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W LASKOWEJ 063/100092	5,000	23,000	0,000	0,000	0,000	0,000	23,000	28,000	nie zaproszono do negocjacji	NIE

\* Współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

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. Komisja konkursowa postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności zgodnie z *Ustawą*, a także rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ. Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z oferentami.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 15 września 2017 roku. Oferta odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu postępowania. Odwołujący pismem z dnia 20 września br. (wpływ do Małopolskiego OW NFZ w Krakowie w dniu 25 września 2017 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący w swym odwołaniu zarzucił komisji konkursowej naruszenie:

- „art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dokonanie wyboru oferentów i pominięcia oferty skarżącego z naruszeniem kryteriów wyboru ofert, a w szczególności kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ceny – mimo że kryteria te przemawiały za jej przyjęciem, a dodatkowo nieuwzględnienie kryterium dostępności, gdyż wybrany oferent jest jedynym świadczeniodawcą w konkursie, który będzie musiał zapewnić dostępność i realizację świadczeń dla pacjentów na obszarze całej gminy Limanowa i powiatu, co technicznie i logistycznie jest trudne do wykonania i niesie ryzyko, że dla niektórych pacjentów świadczenia nie będą w ogóle dostępne.

- art. 142 ust. 5. pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, poprzez niedokonanie wyboru skarżącego, która zgodnie z kryteriami wyboru ofert była ofertą obiektywnie najlepszą.

- art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, art. 8 i 10 Kodeksu postępowania administracyjnego, poprzez dyskryminacyjne pominięcie oferty skarżącego i wybranie tylko jednej oferty, podczas, gdy było możliwe dokonanie wyboru dwóch ofert, co wiązało się z nierównym

*traktowaniem Skarżącego i niezachowaniem zasad uczciwej konkurencji oraz naruszeniem zasady zaufania obywateli do organów państwowych”.*

Odwołujący wskazał, że w jego ocenie *„oferta nie została wybrana (...) mimo iż była przygotowana bezbłędnie zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie spełnienia świadczeń gwarantowanych”.* Odwołujący podnosi również, że *„od lipca 2011 r. realizował umowę z NFZ w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, w tym 3% kontraktu jako rehabilitacja w domu pacjenta. Bezbłędnie i wzorcowo służył pomocą pacjentom z powiatu limanowskiego i miasta Limanowa przez ponad 6 lat”,* ponadto dodaje, że *„spełnił dodatkowe kryteria wyboru oferty, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia”.*

Organ przypomina, że o wyborze świadczeniodawców do realizacji umów decydują przepisy ustawowe, które nie gwarantują kontynuacji umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą.

Odnosząc się bezpośrednio do zarzutów Odwołującego Organ wskazuje: oferta Odwołujących została poddana szczegółowej weryfikacji merytorycznej, która nie potwierdziła spełnienia warunków w zakresie wymogu lekarza specjalisty z wymogami określonymi w załączniku nr 1 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r. ze zm.)* – wykazała brak dokumentów potwierdzających kwalifikacje lekarza wskazanego do realizacji porad rehabilitacyjnych (Pana Dariusza Kity), komisja poprosiła o dostarczenie dokumentów potwierdzających ww. kwalifikacje. W odpowiedzi Oferent oświadczył, iż *„omyłkowo podał lekarza z niewystarczającymi kwalifikacjami, przez co nie spełnił warunku podstawowego do zawarcia umowy”.* Jednocześnie Oferent przekazał dokumenty i oświadczenie lekarza Pana Andrzeja Mysłakowskiego, który posiada wymagane kwalifikacje – lekarz ten nie został jednak wykazany w formularzu ofertowym, dlatego komisja konkursowa, odrzuciła ofertę na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 7 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.).*

Odrzuca się ofertę m.in.: 7) *jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r.), Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 9 maja 2017 r.) oraz Załącznikiem nr 1n pkt. 3 do Zarządzenia nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (130/2016/DSOZ ze zm.), świadczenie gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowane w warunkach domowych zostało zdefiniowane w § 4 pkt 2) (lp. 2 (lit. a i b) załącznika nr 1 ) do Rozporządzenia Ministra*

*Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r. ze zm).* Świadczenie to obejmuje poradę lekarską rehabilitacyjną oraz fizjoterapię domową, w tym wizyty fizjoterapeutyczne oraz zabiegi fizjoterapeutyczne.

Wymagania dotyczące personelu odnośnie porady lekarskiej rehabilitacyjnej to:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub fizjoterapii i balneoklimatologii, lub balneoklimatologii i medycyny fizykalnej, lub balneologii, lub balneologii i medycyny fizykalnej lub
- 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub medycyny fizykalnej i balneoklimatologii, lub
- 3) lekarz, który ukończył minimum drugi rok specjalizacji w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, lub
- 4) lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista reumatologii, w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego).

Oferent nie spełnił wskazanych warunków dot. porady lekarskiej rehabilitacyjnej, ze względu na wykazanie w ofercie lekarza bez wymaganych kwalifikacji, dlatego oferta podlegała odrzuceniu.

W orzecznictwie sądów administracyjnych wyrażany jest pogląd, że „*W art. 149 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...) zawarty jest zamknięty katalog przypadków, w których odrzuca się ofertę*” (por. m.in. wyrok WSA w Warszawie z dnia 10 września 2008 r., sygn. akt VII SA/Wa 821/08, LEX nr 560209).

Odwołujący podnosi również, że w złożonej Ofercie „*spełnił dodatkowe kryteria wyboru oferty, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wykazał dodatkowy przenośny stół do masażu, zatrudnił 50 % magistrów fizjoterapii do realizacji umowy, dodatkowo wymaganego technika masażyście*”. Odwołujący podkreśla także, że „*wykazał elektroniczną rejestrację pacjentów*”, jak również posiada certyfikat ISO. Organ potwierdza, że Odwołujący otrzymał punkty za ww. kryteria, jednak przypomina, że odrzucenie oferty z powodu niespełnienia warunków w zakresie wymogu lekarza specjalisty z wymogami określonymi w załączniku nr 1 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r. ze zm.)*, spowodowało, że jego oferta nie podlegała ocenie w dalszej części postępowania.

Odwołujący podnosi również, że „*z chwilą nie wybrania oferty w drodze konkursu pacjenci utracili realną możliwość uzyskania świadczeń medycznych, gdyż została ograniczona dostępność tych świadczeń*”. Organ wskazuje, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór

najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Oferta Odwołującego została odrzucona ze względu na niespełnianie warunków wymaganych i dlatego nie została wybrana. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono ofertę, która spełniała wszystkie wymagania formalno-prawne i jako najkorzystniejsza została wybrana do zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta podmiotu wybranego do zawarcia umowy zabezpiecza liczbę świadczeń dla pacjentów w zakresie: fizjoterapia domowa, na obszarze: 1207 - limanowski, zgodnie z ogłoszeniem postępowania nr 06-17-000296/REH/05/1/05.1310.209.02/01.

Odwołujący podkreśla, że w jego ocenie „instytucja uzupełnienia wymogów formalnych powinna być w pełni honorowana. Przepisy rozporządzeń Ministra Zdrowia nie regulują w sposób kompleksowy warunków prowadzenia przetargu, dlatego też zasadnym wydaje się posiłkowe stosowanie ustawy regulującej kwestię zamówień publicznych”. Organ informuje, iż zgodnie z art. 138 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.) do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych. Ponadto, należy przypomnieć, że zgodnie z § 5 w zw. z § 9 Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.), Oferent obowiązany jest do przygotowania i złożenia oferty spełniającej warunki zawierania umów, zgodnie z przepisami niniejszego zarządzenia oraz obowiązany jest spełniać wymagania określone m.in. w ogłoszeniu o postępowaniu. Natomiast stosownie do §18 pkt 4 Zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.) oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

W ocenie Organu, utrwalone jest już orzecznictwo administracyjne, zgodnie z którym, w przypadku przystąpienia oferenta do danego konkursu ofert poprzez złożenie w nim stosownej oferty, akty prawne mające zastosowanie do prowadzonego postępowania, stają się również wiążące dla tegoż oferenta. Komisja wskazuje, że zarówno Oferent, jak i członkowie komisji konkursowej są zobowiązani do przestrzegania przepisów powszechnie obowiązujących. Stosownie do § 9 Zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. każdy Oferent jest zobowiązany spełniać wymagania określone w ogłoszeniu o postępowaniu, niniejszym zarządzeniu oraz warunkach zawierania umów.

Organ wskazuje, że wszyscy uczestnicy postępowania mieli możliwość zapoznania się ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi dotyczącymi postępowania konkursowego przed złożeniem ofert, w tym w sprawie określenia kryteriów oceny ofert. Zgodnie z art. 147 Ustawy



kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców nie uległy zmianie w toku postępowania oraz były stosowane w sposób jednakowy wobec wszystkich świadczeniodawców.

Odwołujący w ramach złożonej oferty dołączył oświadczenie o zapoznaniu się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów, zgodne z załącznikiem nr 3 do zarządzenia nr 18/2017/DSOZ ze zm. i nie zgłaszał do nich zastrzeżeń i przyjął je do stosowania, co potwierdza, że miał pełną wiedzę dotyczącą zasad i kryteriów oceny ofert, którymi kieruje się komisja konkursowa.

Organ przypomina, że Odwołujący zapoznali się z ofertą wybranych oferentów, dokumentacją potwierdzającą prace komisji konkursowej oraz oceną poszczególnych ofert i nie wnieśli żadnych uwag do przedłożonej dokumentacji. Niemniej jednak, Odwołujący wniósł także o „*ponowne rozpatrzenie oferty, która była przygotowana z należytą starannością*”. Organ wskazuje, że postępowanie komisji konkursowej było prawidłowe, a w toku niniejszego postępowania odwoławczego nie ma możliwości dokonania ponownej oceny złożonej oferty, jako że leży to w gestii komisji konkursowej. Potwierdza to wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 w którym stwierdził, „*rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 ustawy o świadczeniach (...) w związku z art. 152 tej ustawy jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniobiorcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert (...)*” nadto potwierdza tą opinie wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 24 sierpnia 2016 r. sygn. akt II SA/Bd 597/16.

Świadczeniodawca złożył konkretną ofertę, która podlegała ocenie komisji konkursowej. Oferta zawierała dane, na podstawie których miała zostać oceniona przez komisję konkursową. W wyniku przeprowadzonej oceny oferta skarżącego nie została wybrana. Organ jeszcze raz podkreśla, że rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z oferentami.

Reasumując Organ przypomina, że do skutecznego wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia nie wystarcza samo istnienie interesu prawnego, lecz jest także konieczne wystąpienie uszczerbku w tym interesie na skutek nieprawidłowości przebiegu postępowania. Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania będzie więc występował wtedy, gdy naruszenie przez podmiot prowadzący to postępowanie określonych zasad postępowania spowodowało, że uczestnik postępowania (świadczeniodawca) został pozbawiony możliwości zawarcia umowy. Interes prawny świadczeniodawcy należy oceniać przez pryzmat konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez określonego świadczeniodawcę (wystąpienia uszczerbku jego interesu prawnego).

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.

Wszyscy świadczeniodawcy byli jednakowo informowani o jego zasadach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny skarżącego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. Wszystko to służy nadrzędemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz transparentne, prowadzące do wyboru ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość, a także najlepszą dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, 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 interesu prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie  
  
Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska

Decyzję otrzymują:

1. Lukasz Zelek, Dorota Turska-Chudy ul. Szwedzka 4 34-600 Limanowa - strona składająca odwołanie,
2. Jan Szczurowski FIZJOMED Sp. z o.o. Skrzydlna 287 34-625 Skrzydlna - strona wybrana do zawarcia umowy,
3. Organ a/a

**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 2016 r. poz. 1793 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy 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. Od decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługiwać będzie środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie z art. 52 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1370 ze zm.) jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu decyzji. Wpis od skargi wynosi 200 zł. Strona może w trakcie biegu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy zrezygnować z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję. (Art. 127a. § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257.) stosuje się odpowiednio do wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, o których mowa w art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).