

Znak: WOKSII.424.1.1.SZP/01-152.PG

**Decyzja**

z dnia 11 września 2018 roku

nr 58/LSZ/2018

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 2018 r., poz. 1510 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), dalej jako „KPA”, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-18-000909/LSZ/03/1/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,

**oddala odwołanie.**

**UZASADNIENIE**

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, zwany dalej „*Dyrektorem MOW NFZ*”, działając na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie 06-18-000909/LSZ/03/1/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia, na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2021

roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 450 000,00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 września 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 1.

W postępowaniu złożono 2 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 24 sierpnia 2018 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 *KPA*. 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 wyłącznie 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. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2018 r. poz. 1025), zwanej dalej „*KC*”.

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 *Ustawy*, 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 również 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. Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów oraz świadczeniodawca, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: Euromed Spółka z o. o. Sp. k., ul. Szewska 12, 33-100 Tarnów.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie działając zgodnie z art. 61 § 4 w zw. z art. 61 § 1 KPA oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 *Ustawy*, pismem z dnia 28 maja 2018 roku znak: WOKSII.424.3.STM-90.PG 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 oraz podmiot wybrany do zawarcia umowy nie skorzystali z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-18-000909/LSZ/03/1/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 12 lutego 2018 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-18-000909/LSZ/03/1/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia (03.4600.032.02) na obszarze 1263 - Tarnów, na okres: od dnia 1 września 2018 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku. Powyższy zakres świadczeń obejmuje również zakres skojarzony: w zakresie realizacji zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (03.4600.132.02 okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18G, B19G).

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 2018 r., poz. 1510 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 160),*
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 ze zm.),*

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 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (DZ.U. 2017.2295 j.t. ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 66/2018/DSOZ prezesa narodowego funduszu zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,*
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 zostały złożone 2 oferty. Oferentami byli:

1. Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów,
2. Euromed Spółka z o. o. Sp. k., ul. Szewska 12, 33-100 Tarnów.

W dniu 7 sierpnia 2018 roku komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o ww. numerze, stwierdzając tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku *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 części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wezwała obu oferentów do usunięcia braków formalnych. Wszystkie braki zostały uzupełnione w terminie.

Na podstawie art. 149 ust. 7 *Ustawy* komisja odrzuciła w części ofertę Zespołu Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów, w zakresie realizacji zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (03.4600.132.02 okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18G, B19G) z powodu niespełniania warunków wymaganych dot. sprzętu.

W toku ww. postępowania komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację miejsca udzielania świadczeń u obu oferentów biorących udział w postępowaniu, którzy dotychczas nie mieli zawartej

umowy w zakresie świadczeń będących przedmiotem postępowania. 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 u Oferenta 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.

Do części niejawnego postępowania zostali zakwalifikowani obaj oferenci.

Ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku 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 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (DZ.U. 2017.2295 j.t. ze zm.)*.

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 przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu 1 ofertę, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.: które znalazły 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.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 24 sierpnia 2018 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

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. Należy podkreślić, iż protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, ale dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk ze wszystkimi oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnego postępowania, stanowi podstawę do sporządzenia rankingu końcowego, którego to wyniki wprost przekładają się na ilość wybranych oferentów i stanowią podstawę do zawarcia umów. 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
Euromed Sp. z o. o. Sp. k., ul. Szewska 12, 3 3-100 Tarnów 065/200161, w tym zakres: 03.4600.132.02	10,000	40,000	9,000	6,000	0,000	1,000	56,000	66,000	zbieżne ostateczne	TAK

<b>Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów 065/100193</b>	10,000	12,000	9,000	3,000	0000	0,000	24,000	34,000	zbieżne ostateczne	NIE
--	--------	--------	-------	-------	------	-------	--------	--------	-----------------------	-----

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

Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny. Ostatecznie ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający prace komisji konkursowej, co gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na 2 pozycji, a do zawarcia umowy wybrano oferenta posiadającego potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. 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. Organ informuje, że obaj oferenci biorący udział w postępowaniu nr 06-18-000909/LSZ/03/1/01 nie dokonali zastrzeżenia części VIII formularza ofertowego *Ankiety* (tj. odpowiedzi ankietowych m.in. na dodatkowe pytania ankietowe dotyczące personelu i sprzętu), jako informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Otrzymali następującą punktację za kryteria podlegające ocenie komisji konkursowej:

**06-18-000909/LSZ/03/1/01**

**Kod postępowania**

**06-18-000909/LSZ/03/1/01**

**Kod Świadczeniodawcy**

**065/200161**

**Nazwa Świadczeniodawcy**

**Euromed Sp. z o. o.**

**Sp. k.,  
ul. Szewska 12,  
33-100 Tarnów**

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
<b>1.1</b>	<b>KOMPLEKSOWOŚĆ</b>	
<b>1.1.1</b>	<b>DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW</b>	
1.1.1.1	Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców.	0,0000
1.1.2.1	Realizacja umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej.	9,0000
<b>1.2</b>	<b>JAKOŚĆ</b>	
<b>1.2.1</b>	<b>PERSONEL</b>	
1.2.1.1	Równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń.	9,0000
1.2.1.2	Równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.	6,0000
1.2.1.3	Pielęgniarka - równoważnik co najmniej 1 etatu.	2,0000
1.2.1.4	Równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.	4,0000
1.2.1.5	Pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki.	2,0000
<b>1.2.2</b>	<b>ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI</b>	
1.2.2.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	2,0000
1.2.2.2	Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	1,0000
1.2.2.3	Certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy.	0,0000
<b>1.2.3</b>	<b>WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOŚCI</b>	
1.2.3.1	Udzielenie świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.2	Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.3.3	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.3.4	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.3.5	Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.3.6	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.7	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.3.8	Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	0,0000
1.2.3.9	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.10	Co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.3.11	Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.	0,0000
1.2.3.12	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
<b>1.2.4</b>	<b>REALIZACJA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ</b>	
1.2.4.1	Wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry.	6,0000
<b>1.2.5</b>	<b>SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA</b>	
1.2.5.1	Stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi.	1,0000
1.2.5.2	Aparat GDx lub HRT lub OCT - w lokalizacji.	2,0000
<b>1.2.6</b>	<b>POZOSTAŁE WARUNKI</b>	
1.2.6.1	Zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem.	0,0000
1.2.6.2	Świadczeniodawca prowadzi historię choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.	5,0000
<b>1.3.1</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ</b>	
1.3.1.1	Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych.	3,0000
1.3.1.2	Całodobowe laboratorium - w lokalizacji.	0,0000
<b>1.3.2</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY</b>	

1.3.2.1	Dostępność miejsca udzielania świadczeń	3,0000
---------	---	--------

**1.4.1 CIĄGŁOŚĆ**

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	0,0000
1.4.1.2	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	0,0000

**1.5.1 WARUNKI WYMAGANE**

1.5.1.1	W OKRESIE ZWIĄZANIA OFERTĄ ORAZ PRZEZ CAŁY OKRES REALIZACJI UMOWY OFERENT SPEŁNIA I BĘDZIE SPEŁNIAŁ WYMAGANIA OKREŚLONE W ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKRESIE BĘDĄCYM PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA ORAZ W ZARZĄDZENIU PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA.	0,0000
---------	---	--------

**1.6.1 WSPÓLPRACA Z AGENCJĄ**

1.6.1.1.	Świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	1,0000
1.6.2.1	Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	0,0000

06-18-000909/LSZ/03/1/01

Kod postępowania

06-18-000909/LSZ/03/1/01

Kod Świadczeniodawcy

065/100193

Nazwa Świadczeniodawcy

Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane : odpowieź
<b>1.1</b>	<b>KOMPLEKSOWOŚĆ</b>	
<b>1.1.1</b>	<b>DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW</b>	
1.1.1.1	Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców.	0,0000
1.1.2.1	Realizacja umowy w zakresie okulistyki lub okulistyki dziecięcej w poradni przyszpitalnej.	9,0000
<b>1.2</b>	<b>JAKOŚĆ</b>	
<b>1.2.1</b>	<b>PERSONEL</b>	
1.2.1.1	Równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń.	0,0000
1.2.1.2	Równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.	0,0000
1.2.1.3	Pielęgniarka - równoważnik co najmniej 1 etatu.	2,0000
1.2.1.4	Równoważnik co najmniej 1 etatu - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.	0,0000
1.2.1.5	Pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki.	0,0000
<b>1.2.2</b>	<b>ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI</b>	
1.2.2.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	2,0000
1.2.2.2	Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.2.3	Certyfikat akredytacyjny przyznany zgodnie z ustawą o akredytacji, na dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy.	0,0000
<b>1.2.3</b>	<b>WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI</b>	
1.2.3.1	Udzielenie świadczeń przez osoby wykonujące zawód medyczny o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie, lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie lub brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie w tym brak atestów lub przeglądów - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.2	Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.3.3	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.3.4	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.5	Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000

1.2.3.6	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.7	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.3.8	Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	0,0000
1.2.3.9	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.10	Co najmniej 10 % świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.3.11	Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.	0,0000
1.2.3.12	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
<b>1.2.4</b>	<b>REALIZACJA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ</b>	
1.2.4.1	Wykonanie w ciągu ostatniego roku kalendarzowego świadczeń w zakresie zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry.	0,0000
<b>1.2.5</b>	<b>SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA</b>	
1.2.5.1	Stanowisko znieczulenia ogólnego wyposażone w sprzęt do inwazyjnego pomiaru ciśnienia krwi.	1,0000
1.2.5.2	Aparat GDX lub HRT lub OCT - w lokalizacji.	2,0000
<b>1.2.6</b>	<b>POZOSTAŁE WARUNKI</b>	
1.2.6.1	Zautomatyzowany system mycia i dezynfekcji łóżek weryfikowalny wydrukiem.	0,0000
1.2.6.2	Świadczeniodawca prowadzi historię choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.	5,0000
<b>1.3.1</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ</b>	
1.3.1.1	Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych.	3,0000
1.3.1.2	Całodobowe laboratorium - w lokalizacji.	0,0000
<b>1.3.2</b>	<b>DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY</b>	
1.3.2.1	Dostępność miejsca udzielania świadczeń	0,0000
<b>1.4.1</b>	<b>CIĄGŁOŚĆ</b>	

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	0,0000
1.4.1.2	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	0,0000

#### 1.5.1 WARUNKI WYMAGANE

1.5.1.1	W OKRESIE ZWIĄZANIA OFERTĄ ORAZ PRZEZ CAŁY OKRES REALIZACJI UMOWY OFERENT SPEŁNIA I BĘDZIE SPEŁNIAŁ WYMAGANIA OKREŚLONE W ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKRESIE BĘDĄCYM PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA ORAZ W ZARZĄDZENIU PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA.	0,0000
---------	---	--------

#### 1.6.1 WSPÓŁPRACA Z AGENCJĄ

1.6.1.1.	Świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000
1.6.2.1	Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	0,0000

Należy mieć na uwadze, iż konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym, do zawarcia umowy komisja konkursowa wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu określonego postępowania konkursowego. Warto również przywołać stanowisko Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, który w wyroku z 16 stycznia 2013 r. wskazał, że: *„fakt, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści. Konkurs zawsze niesie za sobą element ryzyka i niewiadomej jego rozstrzygnięcia. W tej sytuacji trzeba zgodzić się z organem odwoławczym, iż na podstawie ustawy o świadczeniach, rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo-ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy.”*

Odwołujący się pismem z dnia 23 sierpnia 2018 roku (wpływ do MOW NFZ w dniu 24 sierpnia 2018 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Na wstępie należy podkreślić, że Odwołujący błędnie zatytułował złożone pismo jako „protest” powołując się na art. 153 ust. 1 *Ustawy*. Należy wskazać, że protest, zgodnie z dyspozycją powyższego przepisu przysługuje na czynność dokonaną przy ocenie oferty. Każdy oferent może złożyć do komisji umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dokonania zaskarżonej czynności. Odwołujący, w toku postępowania, złożył już pismo stanowiące protest, który został oddalony. Natomiast pismo z dnia 23 sierpnia 2018 roku, wpłynęło do MOW NFZ już po rozstrzygnięciu postępowania nr 06-18-000909/LSZ/03/1/01 i należy zakwalifikować je jako odwołanie, które zgodnie z art. 154 ust. 1 *Ustawy*, można wnieść do dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie zostało złożone w terminie.

W treści odwołania Odwołujący podnosi, że „na dzień złożenia oferty tj. 3 sierpnia 2018 r. spełniał wszystkie wymogi dotyczące warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 *Ustawy*. Oferta została odrzucona przez NFZ Kraków ze względu na niekompletny sprzęt wykazany w ofercie. Odwołujący zaznacza: „Informujemy, iż brakujący sprzęt znajduje się w naszej Przychodni od lutego 2017 r. ponieważ świadczymy usługi komercyjne w zakresie zabiegów zaćmy. Natomiast przez pomyłkę wkradł się błąd przy wykorzystaniu technik elektronicznych, jeden sprzęt nie został zacytowany do zasobów na Portalu Świadczeniodawcy”. Odwołujący podkreśla również, że „w dniu 20 sierpnia 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia Oddział Kraków przeprowadził weryfikację Oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym, w czasie której został przedstawiony kompletny sprzęt oraz jego paszporty”. Odwołujący wniósł również o „przywrócenie jego oferty w części dotyczącej realizacji zabiegów związanych z leczeniem zaćmy jako ważnej”.

Odnosząc się do powyższych argumentów Odwołującego, Organ informuje, że zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2017.2295 j.t. ze zm.)*, zwanym dalej „*Rozporządzeniem*”, niezbędne wyposażenie świadczeniodawcy w zakresie realizacji zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (03.4600.132.02 okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18G, B19G) to:

- fakoemulsyfikator w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, w operacjach do 3 roku życia - nóż do witrektomii przedniej,
- mikroskop operacyjny ze światłem osiowym,
- mikrodiatermia,
- fakoemulsyfikator z nożem do witrektomii przedniej lub opcjonalnie witrektom - w przypadku lentektomii,
- laser okulistyczny argonowy lub diodowy lub NdYAG - w przypadku leczenia jaskry.

Organ zaznacza, że komisja konkursowa dokonała weryfikacji danych szczegółowych zawartych w formularzu ofertowym, która nie potwierdziła spełnienia warunku wymaganego

dotyczącego wykazania przez oferenta, w części V formularza ofertowego - WYKAZ ZASOBÓW oraz w części VI formularza ofertowego SZCZEGÓŁY OFERTY, wskazanego sprzętu wymaganego w zakresie realizacji zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (03.4600.132.02 okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18G, B19G), tj.: fakoemulsyfikatora w przypadku zabiegów metodą fakoemulsyfikacji, w operacjach do 3 roku życia - noża do witrektomii przedniej, mikrodiatermii, lasera okulistycznego argonowego lub diodowego lub NdYAG - w przypadku leczenia jaskry.

W związku z niewykazaniem sprzętu wymaganego komisja konkursowa była obowiązana odrzucić ofertę w części dot. realizacji zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (zakres skojarzony), ze względu na niespełnianie warunków wymaganych określonych w Rozporządzeniu. Organ podkreśla, że oferta bezsprzecznie musi potwierdzać spełnianie warunku wymaganego dotyczącego sprzętu. Odwołujący złożył protest na czynność odrzucenia jego oferty w części, wskazując, że w jego opinii brak wykazania sprzętu wymaganego stanowi brak formalny podlegający uzupełnieniu na podstawie art. 149 ust. 3 Ustawy. Komisja konkursowa, w odpowiedzi na protest wskazała, że niewykazanie sprzętu w formularzu ofertowym stanowi brak merytoryczny, ponieważ dotyczy treści oferty i spełniania przez oferenta warunków wymaganych określonych w *Rozporządzeniu*. Organ podkreśla, że brak sprzętu nie podlega uzupełnieniu po terminie składania ofert, ponieważ zgodnie z § 5 *Rozporządzenia 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.)* Oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej.

Organ zaznacza, że każdy oferent biorący udział w postępowaniu konkursowym jest zobowiązany do wykazania sprzętu wymaganego w złożonej ofercie. Należy wskazać, że oferent złożył ofertę w dniu 3 sierpnia 2018 roku, więc już w dniu złożenia oferty wymagany sprzęt musi być w niej wykazany. Organ informuje, że Odwołujący już w dniu złożenia oferty, a następnie przez cały okres obowiązywania umowy musi spełniać warunki udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem danego postępowania. Ponadto, 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.)*, każdy 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.

Organ podziela stanowisko komisji konkursowej, zgodnie z którym, spełnienie przez Oferenta warunków wymaganych musi znaleźć wyraz w złożonej ofercie (formularzu ofertowym) i nie może podlegać zmianom na późniejszym etapie konkursu ofert. Uznanie przez komisję konkursową sprzętu, który w ofercie nie został wykazany stanowiłoby nieuprawnioną modyfikację oferty Odwołującego,

polegającą na dodaniu sprzętu do oferty już złożonej, a tym samym przyjęcie do oceny sprzętu, którego oferent w ofercie faktycznie nie wykazał.

Organ zaznacza również, że przyjęcie oferty Odwołującego w części dotyczącej zabiegów związanych z leczeniem zaćmy i jaskry (zakres: 03.4600.132.02 okulistyka - zespół chirurgii jednego dnia B18G, B19G) stanowiłoby naruszenie zasady równego traktowania oferentów, ponieważ drugi oferent biorący udział w postępowaniu wykazał w formularzu wymagany sprzęt. Ocenie komisji konkursowej mogą podlegać jedynie zasoby wykazane w ofercie, która jest wiążąca zarówno dla komisji, jak i dla oferenta.

Odnosząc się weryfikacji Odwołującego w miejscu udzielania świadczeń, Organ wskazuje, że zgodnie z § 17 ust. 3 *Rozporządzeniem 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. Z weryfikacji nie jest sporządzana pozytywna lub negatywna ocena złożonej oferty, weryfikacja miejsca udzielania świadczeń nie stanowi również gwarancji zawarcia umowy z oferentem. Organ podkreśla, że na komisji konkursowej ciąży obowiązek szczegółowej weryfikacji ofert aż do momentu rozstrzygnięcia postępowania, dlatego też zwróciła się do oferenta o wyjaśnienie zaistniałych rozbieżności i braków merytorycznych w złożonej ofercie.

Organ wskazuje, 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. Spełnienie przez Oferenta warunków wymaganych musi znaleźć wyraz w złożonej ofercie (formularzu ofertowym) i nie może podlegać zmianom na późniejszym etapie konkursu ofert. Nie jest także możliwe dodanie sprzętu do oferty czy jego modyfikacja, dlatego też komisja konkursowa nie mogła przyjąć wyjaśnień oferenta polegających na wskazaniu sprzętu, którego w ofercie nie wykazano. Zarówno oferent, jak i komisja konkursowa są zobowiązani do przestrzegania i stosowania przepisów wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu. Powyższe potwierdzają wyroki sądów administracyjnych: Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Rzeszowie z dnia 27 lutego 2018 r. II SA/Rz 1149/17, Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gdańsku z dnia 15 marca 2018 r. III SA/Gd 1042/17, Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 15 marca 2018 r. III SA/Kr 1552/17, których główna teza jednoznacznie wskazuje, że „nie jest

*dopuszczalne uzupełnianie formularza ofertowego o właściwe (merytoryczne) dane ofertowe po upływie terminu do składania ofert".*

Organ zaznacza, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Jednocześnie należy wskazać, że odrzucenie oferty Odwołującego w części nie zmieniło jego pozycji w rankingu. Różnica w punktacji między złożonymi ofertami również nie uległa zmianie – wyniosła 32,000 pkt. Oferta Odwołującego nadal znajdowała się na drugim miejscu w rankingu końcowym. W związku z powyższym, Organ zauważa, że nawet w przypadku oceny ofert zgodnie z interpretacją Odwołującego, jego pozycja w rankingu końcowym nie uległaby zmianie.

Organ wskazuje, że Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa przeprowadziła analizę porównawczą wszystkich ofert biorących udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 148 *Ustawy* według wspomnianych już kryteriów wyboru ofert:

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

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepis ten dotyczy kryteriów porównywania ofert. Stosowane w postępowaniu kryteria zapewniły obiektywne porównanie ofert. Kryteria te zostały uszczegółowione w załączniku nr 7 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.)*. Organ informuje, iż komisja konkursowa postępowała zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności zgodnie z *Ustawą*, a także rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ. Wszystkie oferty zostały poddane tym samym kryteriom oceny w celu zachowania uczciwej konkurencji. 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 oferenci byli jednakowo informowani o jego zasadach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny Odwołującego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. 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 najlepszą dostępność, jak też

przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, z zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy Oferentami.

Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z Oferentami.

Zgodnie z procedurą konkursową oferenci są zapraszani do negocjacji, zgodnie z pozycją uzyskaną w rankingu otwarcia. Powyższe nie oznacza jednak, że „*podmiot uzyskujący największą liczbę punktów w rankingu otrzymuje ofertę zawarcia umowy na całą liczbę punktów (ilość), jaką przedstawił w ofercie*”. Negocjacje dotyczą liczby i ceny udzielanych świadczeń, w oparciu o potencjał i zasoby wykazane przez oferentów w złożonych, a następnie zweryfikowanych przez komisję konkursową ofertach. Organ podkreśla, że Odwołujący, mimo odrzucenia oferty w części, został zaproszony do negocjacji. Odwołujący nie stawiał się jednak na negocjacje, mimo odebrania zaproszenia. W związku z powyższym komisja konkursowa była obowiązana, zgodnie z obowiązującą procedurą konkursową spisać protokół z negocjacji pod nieobecność Odwołującego, na podstawie liczby i ceny zaproponowanych przez Odwołującego w ofercie. Komisja konkursowa w takiej sytuacji podpisuje jednostronnie zgodny protokół końcowy z negocjacji i do pozycji w protokole: „propozycja oferenta” przenosi propozycję z oferty.

Organ zaznacza, że w przedmiotowym postępowaniu wszystkie oferty zostały poddane szczegółowej analizie i wskazuje, że postępowanie komisji konkursowej było prawidłowe, a w toku niniejszego postępowania odwoławczego nie ma możliwości dokonania ponownej oceny złożonych ofert, 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 (...)*”. Tożsama argumentacja znajduje się w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 24 sierpnia 2016 r. sygn. akt II SA/Bd 597/16.

Organ podkreśla, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. 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.

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. Ponadto, Odwołujący, tak jak każdy przystępujący do postępowania Oferent złożył do oferty oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ ze zm. Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. W jego treści każdy Oferent oświadcza, że zapoznał się z przepisami zarządzenia, warunkami zawierania umów, ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, akceptuje je, nie zgłasza do nich zastrzeżeń i przyjmuje je do stosowania. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania.

W niniejszej sprawie 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. Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego było uzyskanie przez niego zbyt małej ilości punktów w końcowym rankingu.

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 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.

Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ jako jednostka sektora finansów publicznych musi uwzględniać podczas zawierania umów rachunek ekonomiczny. Ponadto, na podstawie *Ustawy*, rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo - ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych. Oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy. Działanie takie pozwala na zakupienie jak największej ilości świadczeń o określonej jakości, które zapewniają zamierzoną dostępność do leczenia osobom ubezpieczonym. Prowadzi to zatem do zrealizowania zadań Funduszu, określonych w *Ustawie*.

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.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie ①

Robert Dziezic

Otrzymują:

1. Strony:
  - 1) Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. M. Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów - strona składająca odwołanie,
  - 2) Euromed Spółka z o. o. Sp. k., ul. Szewska 12, 33-100 Tarnów - strona wybrana do zawarcia umowy,
2. Organ aa.

**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 2018 r., poz. 1510 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 ma prawo ubiegania się o przyznanie prawa pomocy zgodnie z art. 243 i n. ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. Strona może w trakcie biegu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy zrzec się prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna. (Art. 127a § 1 i § 2 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).*