

Decyzja

z dnia ...⁵... października 2018 roku

nr ..⁶⁵.../REH/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 Kacper Chojnowski, Lukasz Klęk, ul. Wojska Polskiego 2B, 34-100 Wadowice – zwanego dalej „Odwołującym” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-18-000850/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, zwany dalej „Dyrektorem MOW NFZ”, działając na podstawie art. 139 ust. 1 Ustawy, ogłosił postępowanie 06-18-000850/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 2018 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 73 440,00 zł na okres

rozliczeniowy przypadający od dnia 1 października 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 2.

W postępowaniu złożono 5 ofert. W myśl art. 151 ust. 1 Ustawy, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 7 września 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 2018 r., poz. 1302), 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 sądowo-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 sądowo-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. Kacper Chojnowski, Lukasz Klęk, ul. Wojska Polskiego 2B, 34-100 Wadowice oraz świadczeniodawca, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22 43-100 Tychy.

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 14 września 2018 roku znak: WOKSI.422.20.2018 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 dokumentacją postępowania w dniu 2 października 2018 roku nie wnosząc uwag do przedstawionej dokumentacji postępowania. Z kolei oferent wybrany do zawarcia umów nie skorzystał z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-18-000850/REH/05/1/05.1310.209.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 5 lipca 2018 roku na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-18-000850/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 1218 - wadowicki, na okres: od dnia 1 października 2018 roku 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 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. *Rozporządzenia 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 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju 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 5 ofert. Oferentami byli:

1. Kacper Chojnowski, Łukasz Klęk, ul. Wojska Polskiego 2B, 34-100 Wadowice,
2. EURO-MED Spółka z o.o., ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22, 43-100 Tychy,
3. NEUROMED spółka z o. o., ul. Krakowska 140a, 34-120 Andrychów,
4. Beata Tkocz-Szczepanik, ul. Wodzickiego 10, 42-218 Częstochowa,
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej, ul. Jana Pawła II 7, 34-130 Kalwaria Zebrzydowska.

W dniu 23 lipca 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 3 oferentów do usunięcia braków formalnych tj.

1. NEUROMED Spółka z o. o., ul. Krakowska 140a, 34-120 Andrychów,
2. Beata Tkocz-Szczepanik, ul. Wodzickiego 10, 42-218 Częstochowa,
3. Kacper Chojnowski, Łukasz Klęk, ul. Wojska Polskiego 2B, 34-100 Wadowice.

Wszystkie braki zostały uzupełnione w terminie.

Na podstawie art. 149 ust. 7 Ustawy komisja odrzuciła w całości oferty Oferentów: NZOZ NEUROMED Sp. z o.o. ul. Krakowska 140a, 34-120 Andrychów oraz Kacper Chojnowski, Łukasz Klęk, ul. Wojska Polskiego 2B, 34-100 Wadowice, z powodu niespełniania warunków wymaganych dot. personelu, tj. pracy lekarza w wymiarze ¼ etatu zgodnie z załącznikiem nr 1 do pkt. 2 a Rozporządzenia 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.).

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 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.) zwanego dalej Rozporządzeniem.

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.: EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22 43-100 Tychy, 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.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 7 września 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 adres miejsca udzielania świadczeń	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu
										TAK/NIE
N.Z.O.Z. Ośrodek Rehabilitacji EURO-MED Sp. z o.o., ul. Sienkiewicza 27, Wadowice,	10,000	64,500	3,000	4,000	0,000	0,000	71,500	81,500	zbieżne ostateczne	TAK
Beata Tkocz-Szczepanik, ul. Krakowska 160A, Wadowice,	10,000	63,000	0,000	3,000	0,000	0,000	66,000	76,000	zbieżne ostateczne	NIE
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej, ul. Jana Pawła II 7, Kalwaria Zebrzydowska,	5,000	32,000	0,000	4,000	0,000	0,000	36,000	41,000	nie zaproszono do negocjacji	NIE

* Współpraca z Agencją - 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.

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 nie znalazła się w rankingu końcowym, a do zawarcia umowy wybrano 1 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.

Poniżej przedstawiono w postaci tabeli porównawczej liczbę punktów przyznanych poszczególnym Stronom postępowania za każde pytanie ankietowe z osobna, uwzględniając stan faktyczny wynikający z oferty oraz treść wyjaśnień udzielonych przez Oferentów w toku postępowania w tym przedmiocie.

Nazwa Świadczeniodawcy EURO-MED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Dane miejsca udzielania świadczeń

Miasto Wadowice

Ulica Sienkiewicza 27

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY	
1.1.1.1	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym.	3,0000
1.1.1.2	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	Magister fizjoterapii - co najmniej 50 % zatrudnionych fizjoterapeutów.	21,0000
1.2.1.2	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	26,0000
1.2.1.3	Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.	5,0000
1.2.1.4	Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	5,0000
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.2.1	Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.2	Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.3	Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.2.4	Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięczne) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.	0,0000
1.2.2.5	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
1.2.2.6	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
1.2.2.7	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.2.8	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.2.10	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.11	Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.13	Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.2.14	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3	SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA	
1.2.3.1	Przenośny stół do terapii	3,0000
1.2.4	POZOSTAŁE WARUNKI	
1.2.4.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	1,5000
1.2.4.2	Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.4.3	Prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	3,0000
1.3	DOSTĘPNOŚĆ	
1.3.1	DOSTĘPNOŚĆ	
1.3.1.1	Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,0000
1.3.2	DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY	
1.3.2.1	Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 bez przerwy.	3,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ	

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	0,0000
1.4.1.2	Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	0,0000
1.5	WARUNKI WYMAGANE	
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	INNE	
1.6.1	INNE	
1.6.1.1	Współpraca z Agencją - 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

Nazwa Świadczeniodawcy Kacper Chojnowski, Łukasz Klęk

Dane miejsca udzielania świadczeń

Miasto Wadowice

Ulica Wojska Polskiego 2/B

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY	
1.1.1.1	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym.	0,0000
1.1.1.2	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	Magister fizjoterapii - co najmniej 50 % zatrudnionych fizjoterapeutów.	21,0000
1.2.1.2	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	26,0000
1.2.1.3	Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.	5,0000
1.2.1.4	Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	5,0000
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOŚCI	
1.2.2.1	Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.2	Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.2.3	Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.4	Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.	0,0000
1.2.2.5	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
1.2.2.6	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
1.2.2.7	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.2.8	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.2.10	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.11	Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.13	Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.2.14	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA

1.2.3.1	Przenośny stół do terapii	3,0000
---------	---------------------------	--------

1.2.4 POZOSTAŁE WARUNKI

1.2.4.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	0,0000
1.2.4.2	Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.4.3	Prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	3,0000

1.3 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1.1	Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,0000
---------	--	--------

1.3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

1.3.2.1	Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 bez przerwy.	3,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	0,0000
1.4.1.2	Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	0,0000
1.5	WARUNKI WYMAGANE	
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	INNE	
1.6.1	INNE	
1.6.1.1	Współpraca z Agencją - 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.	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 13 września 2018 roku (złożonym osobiście w MOW NFZ w dniu 13 września 2018 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

W treści odwołania Odwołujący podnosi, że „*postępowanie prowadzone przez komisję w sposób pozostający w wątpliwości do zgodności z prawem, co skutkowało bezzasadnym i bezpodstawnym odrzuceniem oferty, co narusza jego interes prawny*”. Odwołujący zaznacza:

1. *Komisja konkursowa wysłała do nas jako oferenta wezwanie do złożenia wyjaśnień w terminie do dnia 1 sierpnia 2018 roku. Komisja otrzymała wyjaśnienia w terminie, mimo to odrzuciła ofertę. Komisja żądała od oferenta dokumentów, których nie miała prawa żądać, ponieważ nie jest to zapisane w żadnych przepisach dotyczących prowadzenia postępowania konkursowego w NFZ; jak między innymi faktury zakupu sprzętu, które stanowią nie tylko tajemnicę przedsiębiorstwa prowadzonego przez oferenta ale także firm, które ten sprzęt sprzedady i nie są stronami w postępowaniu. Komisja konkursowa powinna sprawdzić posiadanie tego sprzętu przez oferenta zgodnie z opisem w procedurze, czyli poprzez wizytację oferenta. Do jej przeprowadzenia wystarczyłoby oświadczenie oferenta o jego posiadaniu. Przedsiębiorstwo może nie posiadać faktur zakupu sprzętu jeżeli np. został wniesiony do spółki jako wkład przez jednego z wspólników.*
2. *Forma pisma wzywającego do złożenia wyjaśnień również budzi zastrzeżenia co do rzetelności i prawidłowości wezwania. W drugim akapicie Komisja konkursowa wzywa oferenta do złożenia wyjaśnień co do pytania ankietowego numer 1.5.1.1, następnie w akapicie piątym przechodzi do pytania ankietowego numer 1.2.3.1 nie poruszając spornego przepisu dotyczącego lekarza specjalisty. Następnie w akapicie siódmym pisma znak: 0611200879-181REH/0850-4 powraca jakoby do pytania ankietowego nr 1.5.1.1, ale już nie podając jego numeracji. Można domniemywać, że pismo zostało przygotowane w sposób mający zaciemnić oferentowi obraz do czego jest tak naprawdę wzywany (te nieścisłości grożą odrzuceniem oferty). Uważamy, że takie wezwanie do złożenia wyjaśnień nie jest skuteczne. Mimo to wyczerpująca odpowiedź z dokładną analizą spornego przepisu została przez oferenta przesłana.*
3. *W załączniku nr 16 - Zawiadomienie oferenta o odrzuceniu oferty: w powodzie odrzucenia oferty wskazano pytanie ankietowe 1.5.1.1 - brak lekarzy specjalistów wymienionych w załączniku nr 1 pkt.2a Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U.2013.1522 ze zm.), a w piśmie znak: 0611200879-18/REHJ0850-4 przy numerze tego pytania komisja nie wzywała do wyjaśnień - nie czujemy się skutecznie wezwani w związku z zagmatwaniem sprawy przez osobę redagującą pismo.*
4. *Komisja konkursowa w swojej błędnej interpretacji wspomnianego wyżej załącznika nr 1 pkt.2a Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U.2013.1522 ze zm.) , powołuje się nie na konkretne przepisy czy wyroki sądów, ale na bliżej nieokreśloną "logikę prawniczą" i dokonuje analizy słowa "lub" wskazując na alternatywę łączną tego słowa. co oznacza, że wymóg pracy lekarza w wymiarze ¼ etatu przeliczeniowego dotyczy wszystkich osób wskazanych w punktach od 1 do 4 w wyżej wymienionym załączniku nr 1. Nie godzimy się na takie nieuprawnione analizy i interpretacje nieoparte opinią autora przepisu czy właściwego*

Sądu Administracyjnego i przedstawiamy własną interpretację, posiadającą poparcie w źródłach naukowych. Otóż Słownik Języka Polskiego PWN opisuje słowo "lub" w następujący sposób: "lub" I «spójnik wyrażający możliwą wymienną lub wzajemne wylączenie się zdań lub ich części» „lub” II «partykuła używana między dwoma określeniami ilości lub liczby, komunikująca, że podane wielkości są przybliżone, np. Spotykali się dwa lub trzy razy w tygodniu.»”, a więc spełniliśmy podpunkt 1), w którym nie ma mowy o ¼ etatu przeliczeniowego - a więc podpunkt 4) nas nie dotyczył. Ponadto przyjmując interpretację komisji o łączności słowa „lub” wszyscy oferenci byliby zmuszeni do spełnienia wszystkich 4 podpunktów z wszystkimi ich zawartościami, co oczywiście podważałoby opłacalność takiego przedsięwzięcia”.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego Organ wskazuje, że w toku postępowania komisja konkursowa nie przeprowadziła weryfikacji u żadnego z oferentów biorących udział w postępowaniu nr 06-18-000850/REH/05/1/05.1310.209.02/01. Zgodnie bowiem z § 17 ust. 1 *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.

Organ informuje, iż na wniosek komisji konkursowej Dyrektor MOW NFZ w dniu 27 lipca 2018 roku wyraził zgodę na odstępnie od procedury weryfikacji oferentów w przedmiotowym postępowaniu, ponieważ przedmiot postępowania (05.1310.209.02 – fizjoterapia domowa) stanowi nowy zakres świadczeń dla oferentów i co do zasady podlegają weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń. Wskazać natomiast należy, że zakres fizjoterapia domowa, realizowany jest w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy.

Komisja Konkursowa, zgodnie z § 17 ust. 1 *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 z zm.)*, w celu bezsprzecznego

potwierdzenia i udokumentowania prawidłowości udzielonych odpowiedzi w części VIII formularza ofertowego na dzień złożenia oferty wezwała wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu do przesłania: opisy umiejscowienia pomieszczenia biurowego z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem, pomieszczenia magazynowego na leki i sprzęt medyczny w strukturach fizjoterapii domowej, ze wskazaniem nr pomieszczeń lub planów, oraz dodatkowo dokumentację fotograficzną wskazanych pomieszczeń. Natomiast, w odniesieniu do pozycji sprzętowych wymaganych do realizacji przedmiotowego świadczenia, komisja konkursowa wezwała oferentów do przesłania kserokopii, potwierdzonych za zgodność z oryginałem, paszportów technicznych z uwidoczniony numerem seryjnym sprzętu wraz z aktualnymi przeglądami oraz dokumentów potwierdzających posiadanie zasobów na dzień złożenia oferty (m.in. faktury zakupu). Odwołujący nie miał obowiązku przedstawiać faktury zakupu sprzętu, zgodnie z treścią wezwania wystarczającym było przedstawienie paszportów technicznych z uwidocznionym numerem seryjnym sprzętu wraz z aktualnymi przeglądami oraz dokumentów potwierdzających posiadanie zasobów na dzień złożenia oferty – wymienienie w treści wezwania faktury zakupu, miało na celu jedynie wskazanie oferentom możliwych sposobów złożenia wymaganej dokumentacji. Odwołujący, w odpowiedzi na wezwanie, przesłał plan sytuacyjny budynku wraz z dokumentacją fotograficzną, aneks do umowy użyczenia lokalu, jak również karty techniczne sprzętów wykazanych w ofercie i fakturę ich zakupu. Jednocześnie w treści pisma wyjaśniającego z dnia 31 lipca 2018 roku, Odwołujący nie zgłaszał żadnych zastrzeżeń do treści, bądź zasadności wezwania komisji konkursowej. Organ wskazuje, że zgodnie z § 17 ust. 2a 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 z zm.), komisja konkursowa nie może żądać od oferentów jedynie dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferentów, jeżeli potwierdzenie tych danych jest możliwe na podstawie posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych oraz rejestrów publicznych posiadanych przez inne podmioty publiczne, do których Narodowy Fundusz Zdrowia ma dostęp w drodze elektronicznej. Organ wskazuje, że działanie komisji konkursowej było prawidłowe i zgodne ze wskazanymi przepisami, a zarzut Odwołującego wyartykułowany w pkt 1 odwołania należy uznać za bezzasadny. Ponadto, należy wskazać, że komisja konkursowa uznała wyjaśnienia Odwołującego w tym aspekcie, ponieważ Odwołujący potwierdził, że na dzień złożenia oferty posiadał wymagany i wykazany w ofercie sprzęt.

W dalszej części odwołania, Odwołujący podnosi, że „*Forma pisma wzywającego do złożenia wyjaśnień również budzi zastrzeżenia co do rzetelności i prawidłowości wezwania*”. Odnosząc się do powyższego zarzutu, Organ wskazuje, że pytanie nr 1.5.1.1. w części VIII formularza ofertowego – Ankiety: „*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", dotyczy obowiązku spełniania przez oferentów warunków wymaganych wskazanych w Rozporządzeniu. Każdy oferent był zobowiązany do udzielenia odpowiedzi „TAK” na wskazane pytanie, by jego oferta podlegała dalszej ocenie komisji konkursowej, dlatego też na wstępie pisma wzywającego do wyjaśnień z dnia 27 lipca 2018 roku, zostało wskazane powyższe pytanie. Odwołujący udzielając pozytywnej odpowiedzi na pytanie nr 1.5.1.1. był obowiązany do spełnienia warunku określonego w załączniku nr 1 do pkt. 2 a Rozporządzenia tj.: *poradę lekarską ambulatoryjną w warunkach domowych realizuje: 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)*. Komisja konkursowa, w treści pisma, poinformowała Odwołującego, że weryfikacja danych szczegółowych zawartych w formularzu ofertowym, nie potwierdza prawidłowości udzielonej odpowiedzi na pytanie 1.5.1.1., komisja konkursowa wskazała, że rozbieżność wynika ze wskazanego w ofercie czasu pracy specjalisty rehabilitacji medycznej, ponieważ Odwołujący w złożonej ofercie wykazał jednego lekarza, Panią Karolinę Kłos, której czas pracy wynosił 0,5 h. Odwołujący nie wykazał w formularzu ofertowym innych lekarzy z większym wymiarem czasu pracy.

Odwołujący, w treści odwołania, informuje, że *„nie czuje się skutecznie wezwany w związku z zagmatwaniem sprawy przez osobę redagującą pismo”*. Organ wskazuje, że z treści pisma Odwołującego z dnia 31 lipca 2018 roku nie wynika, by Odwołujący nie wiedział o co był wzywany, o czym świadczą chociażby szczegółowe wyjaśnienia Odwołującego odnośnie pracy lekarza w wymiarze 1/4 etatu przeliczeniowego. W treści wyjaśnień Odwołujący odniósł się bezpośrednio do wskazanego wymogu, informując komisję konkursową, że *„wykazana w ofercie p. Karolina Kłos jest lekarzem – specjalistą rehabilitacji medycznej więc zawiera się wyszczególnieniu 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 w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego) jej nie dotyczy po wyszczególnieniu 1) następuje słowo „Lub” więc spełnienie jego treści w całości spełnia warunek wymagany określony przez Ministra jako wymagany. Stosowanie w treści w wymiarze 1/4 co*

najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego) do każdego z wyszczególnień było by jawną nadinterpretacją przepisu". Oferent zasugerował również, że „ww. rozporządzenie zawiera błąd i nie taka była intencja prawodawcy". Odwołujący nie wskazał, iż nie rozumie treści wezwania do wyjaśnień, dodał także, że „oferent nie może odpowiadać za błędy w przepisach i należy je interpretować na jego korzyść” i w związku z powyższym wskazał, że podtrzymuje odpowiedź udzieloną na pytanie nr 1.5.1.1. Należy, więc jednoznacznie stwierdzić, że Odwołujący wiedział, czego dotyczy wezwanie komisji konkursowej, a argument o „nieskutecznym wezwaniu” należy uznać za bezpodstawny.

W pkt 4. złożonego odwołania, Odwołujący neguje ocenę jego oferty przeprowadzoną przez komisję konkursową odnośnie wskazanego wyżej wymogu wykazania pracy lekarza w wymiarze 1/4 etatu przeliczeniowego, podkreślając, że *„spełnił podpunkt 1), w którym nie ma mowy o 1/4 etatu przeliczeniowego – a więc podpunkt 4) go nie dotyczył. . Ponadto przyjmując interpretację komisji o łączności słowa „lub” wszyscy oferenci byłiby zmuszeni do spełnienia wszystkich 4 podpunktów z wszystkimi ich zawartościami, co oczywiście podważałoby opłacalność takiego przedsięwzięcia".* Jednocześnie Odwołujący nie zgadza się z interpretacją wskazanego przepisu przy zastosowaniu zasad logiki prawniczej, która stanowi jedną z dyscyplin pomocniczych nauk prawnych, a w jej zakres wchodzi budowanie poprawnych definicji, klasyfikacji, wnioskowań.

W opinii Odwołującego interpretacja przepisów powinna odbywać w oparciu o inne źródła naukowe i wskazuje tu Słownik Języka Polskiego PWN oraz zawartą w nim definicję słowa „lub” (spójnik wyrażający możliwą wymiennosc lub wzajemne wyłączenie się zdań lub ich części). Organ wskazuje, że język, w którym formuluje się akty prawne, język aktów normatywnych, to język prawny - zwroty formułowane w języku prawnym są traktowane jako reguły postępowania i z tego względu mogą być interpretowane na podstawie reguł logiki prawniczej. Definicja słowa „lub” wskazana przez Odwołującego jest definicją języka potocznego. Powyższe potwierdza Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z siedzibą w Łodzi z dnia 6 lipca 2018 r. sygn. akt II SA/Łd 253/18, zgodnie z którym *„teksty przepisów prawnych posługują się językiem prawnym. Język prawny, by być dostatecznie precyzyjnym w przekazywaniu informacji o prawie nadaje pewnym zwrotom znaczenie całkowicie lub częściowo odmienne, od tych które występują w języku potocznym. Tak właśnie jest ze spójnikiem "lub", który w tekście prawnym oznacza tzw. alternatywę zwykłą (zwaną także łączną). Zgodnie z zasadami rządzącymi logiką, alternatywą zwykłą, (łączną), jest zdanie złożone, które jest zbudowane przy pomocy funktora alternatywy łącznej, do oznaczenia którego używa się słowa "lub". Warunkiem prawdziwości alternatywy łącznej (zwykłej) jest prawdziwość choćby jednego argumentu zdaniowego. Taki sposób interpretacji spójnika "lub" potwierdzony został w licznych orzecznictwie. Sąd Najwyższy w uchwale składu siedmiu sędziów dnia 29 września 2006 r. w sprawie II UZP 10/06, podkreślił, iż spójnik "lub" wyraża alternatywę łączną, czyli dopuszcza możliwość współwystępowania sytuacji komunikowanych przez zdania łączone tym spójnikiem, a zatem możliwe jest spełnienie warunków wynikających z jednego lub kilku a także z wszystkich zdań oddzielonych spójnikiem "lub". Połączenie dwóch składników zdania spójnikiem "albo"*

oznaczającym alternatywę rozłączną, odnosi się do możliwości wykluczających się. Do podobnych wniosków doszedł Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 9 września 2008 roku, sygn. akt., III CZP 31/08, gdzie wskazał, iż spójnik "lub" oznacza alternatywę zwykłą i stanowi przeciwieństwo wyrazu "albo", właściwego dla alternatywy rozłącznej (podobnie także wyrok SN z 17 marca 2006 r., I CSK 81/05)". Mając powyższe na uwadze należy wskazać, że interpretacja Odwołującego jest nieuprawniona.

Każdy oferent przystępujący do postępowania w zakresie fizjoterapii domowej, miał obowiązek spełnić warunek określony w załączniku nr 1 do Rozporządzenia tzn. musiał wykazać w złożonej ofercie jednego lekarza z wymienionych możliwych w pkt 1-4 w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego). Oferenci nie musieli wykazać wszystkich lekarzy wskazanych w pkt 1-4, mieli obowiązek wskazać jednego lekarza o wybranej specjalności wskazanej w punktach 1-4, tak więc nieuzasadniona jest interpretacja Odwołującego polegająca na konieczności wykazania wszystkich lekarzy wymienionych w pkt 1-4. Słowo „lub” użyte w powyższym przepisie oznacza, że Odwołujący mógł wykazać jednego lub więcej lekarzy o wskazanych specjalizacjach, natomiast warunek 1/4 etatu przeliczeniowego dotyczy wszystkich lekarzy wymienionych w pkt 1-4, a nie jak błędnie interpretuje odwołujący jedynie pkt 4. W uzasadnieniu do odrzucenia oferty Odwołującego w całości na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 7 Ustawy wskazano, że przyczyną nieprzyjęcia oferty do dalszej oceny jest właśnie niespełnienie warunku pracy lekarza w wymiarze ¼ etatu przeliczeniowego, natomiast Odwołujący wykazał lekarza, którego czas pracy wynosił jedynie 0,5 h. Organ podkreśla jednoznacznie, że Odwołujący miał prawo wykazać w ofercie tylko jednego lekarza z możliwych wymienionych w pkt 1-4, co też uczynił, ale wymiar czasu pracy lekarza nie mógł być mniejszy niż ¼ etatu przeliczeniowego.

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 personelu, którego czas pracy nie odpowiada wymogom określonym w Rozporządzeniu stanowiłoby naruszenie zasady równego traktowania oferentów, zwłaszcza, że oferenci, którzy zostali zakwalifikowani do dalszej części postępowania, a ich oferty nie zostały odrzucone, powyższy warunek spełniali. Ocenie komisji konkursowej może podlegać jedynie personel wykazany w ofercie, która jest wiążąca zarówno dla komisji, jak i dla oferenta.

Organ przypomina, że w trakcie opracowywania rozporządzeń, ich projekty podlegają konsultacjom zgodnie z zasadami określonymi ustawą, a po zakończeniu uzgodnień, rozporządzenia udostępniane są do informacji publicznej na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji. W ocenie organu, utrwalone jest już orzecznictwo administracyjne, zgodnie z którym, w przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do danego konkursu ofert poprzez złożenie w nim stosownej oferty, rozporządzenie mające zastosowanie do prowadzonego postępowania, stają się również wiążące dla tegoż świadczeniodawcy. Ponadto, kwestionowanie kryteriów oceny wykroczyłoby poza granice środka

odwoławczego. Zadaniem komisji konkursowej jest przeprowadzenie konkursu w oparciu o obowiązujące przepisy, nie zaś modyfikacja tych przepisów.

Organ zaznacza, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. 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.

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. 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). Zarówno oferent, jak i komisja konkursowa są zobowiązani do przestrzegania i stosowania przepisów wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu.

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. 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 Oferent przystępujący do postępowania Oferent złożył do oferty oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ z 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 udzielania 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. Podkreślić tutaj należy, iż sam Odwołujący na etapie prowadzonego postępowania nie wnosił w tej kwestii żadnych zastrzeżeń, w szczególności w formie umotywowanego protestu przewidzianego art. 153 Ustawy.

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.

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.

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. Służby Mundurowej
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Agnieszka Pietraszelowska-Afacka

Otrzymują:

1. Strony:
 - (a) Kacper Chojnowski, Lukasz Klęk ul. Wojska Polskiego 2B 34-100 Wadowice - strona składająca odwołanie
 - b. EURO-MED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Alfonsa Zgrzebnioka 22 43-100 Tychy - 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 2018r., poz. 2015 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 przysługiwac będzie środek zaskarżenia do sądu administracyjnego.

Zgodnie z art. 52 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1302.) 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).