

Znak: WOKSII.424.7.2017

REH-167.PG

Decyzja

z dnia 15. grudnia 2017 r.

nr 102./REH/2017

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) zwaną dalej „*Ustawą*” oraz art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257) w związku odwołaniem złożonym przez Oferenta Rafał Janik, ul. Sąddecka 10, 32-700 Bochnia – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000782/REH/05/1/05.1310.208.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

oddala odwołanie.

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie nr 06-17-000782/REH/05/1/05.1310.208.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, na okres od dnia 1 listopada 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 28 571,55 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 listopada 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 2. W postępowaniu złożono 4 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 27 października 2017 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana

na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który mówi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy* świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta - Odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257) zwaną w dalszej części „*k.p.a.*”. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania, Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Od decyzji Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 *ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi* (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1370 ze zm.), jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

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

2001 r., I SA 2326/00). W przypadku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguła ta znajduje zastosowanie jedynie odpowiednio, bądź na zasadzie analogii. Jakkolwiek bowiem postępowania wszczęte wskutek odwołania lub skargi niezadowolonego oferenta mają charakter administracyjny lub sądowno-administracyjny, samo postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leży już poza sferą prawa administracyjnego, albowiem dotyczy cywilnoprawnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnego sposobu zawarcia tego rodzaju umowy, normowanego przepisami art. 132 i n. ustawy i uzupełniająco przepisami art. 66 i n. kodeksu cywilnego. Mamy, więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1, bądź nie dokonanie wyboru żadnej oferty, gdy nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 142 ust. 5 ustawy). W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami (art. 134 ust. 1 Ustawy). Jak słusznie wskazano w piśmiennictwie, *„pojęciem fundamentalnym dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym przyznane przez normę prawa materialnego. Interes prawny – co istotne – musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili, indywidualny oraz obiektywnie weryfikowalny. Samo zaś ustalenie interesu prawnego to nic innego, jako zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną”* (A. Paszkowski, *Środki odwoławcze w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*). Jak wskazał też Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330), do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę

możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie, zatem do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Z kolei w wyroku z dnia 24 września 2008 r. (VII SA/Wa 1076/08, LEX nr 560207) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie podkreślił, iż świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może skutecznie wnieść środek odwoławczy w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia naruszy określone przepisami powszechnie obowiązującymi lub przepisami wydanymi na ich podstawie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zasady postępowania w rozumieniu materialnoprawnym (np. wymagania od świadczeniodawców) oraz proceduralnym (np. warunki prowadzonego postępowania). Ostatnim warunkiem skutecznego wniesienia przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środka odwoławczego jest istnienie związku o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy, a naruszeniem zasad postępowania (A. Paszkowski, op. cit.).

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a *Ustawy*, określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-6 *Ustawy*, jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie tj. Rafał Janik, ul. Sądecka 10, 32-700 Bochnia oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie działając zgodnie z art. 61 § 4 w zw. z art. 61 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *k.p.a* oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 *Ustawy*, pismem z dnia 8 listopada 2017 roku znak: WOKSII.424.7.REH-167.2017 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu a także o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 *k.p.a*. Dyrektor MOW NFZ poinformował strony o zapewnieniu czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwieniu wypowiedzenia się strony, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący zapoznał się z aktami sprawy w dniu 15 listopada 2017 roku, zastrzegając sobie prawo uzupełnienia odwołania. Strona wybrana do zawarcia umowy, nie skorzystała z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-17-000782/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 26 września 2017 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-17-000782/REH/05/1/05.1310.208.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze: 1201011 – Bochnia, 1201022 – Bochnia na okres: od dnia 1 listopada 2017 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 2016 r., poz. 1793 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz.1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., nr 293, poz.1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1146),*
7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.),*

9. Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.,

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

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

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 4 oferty. Oferentami byli:

1. Rafał Janik, ul. Sądecka 10, 32-700 Bochnia,
2. SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia – oferta złożona na dwa miejsca udzielania świadczeń , tj. 32-711 Bogucice 30 oraz 32-700 Bochnia, Pogwizdów 218,
3. MEDIKARTE - SPÓŁKA z o.o., ul. Proszowska 1, 32-700 Bochnia,
4. SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Floris 16, 32-700 Bochnia.

W dniu 12 października 2017 r. komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze, stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 z zm.).

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

Komisja konkursowa powołana zarządzeniem Dyrektora Oddziału, prowadząca przedmiotowe postępowanie podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych.

W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wzywała oferentów do usunięcia braków formalnych, które zostały uzupełnione w wyznaczonym terminie. W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. Do części niejawniej postępowania nie został zakwalifikowany jeden oferent, tj. SAMODZIELNY PUBLICZNY MIEJSKI ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Floris 16, 32-700 Bochnia. Oferta ww. podmiotu została odrzucona za niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 *Ustawy*.

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

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

- 1) jakości,
 - 2) kompleksowości,
 - 3) dostępności,
 - 4) ciągłości,
 - 5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

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

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

Komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz sporządzonym rankingu końcowym komisja konkursowa dokonała wyboru, w rozstrzygnięciu ofertę, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.: SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia – oferta złożona na dwa miejsca udzielania świadczeń, tj. 32-711 Bogucice 30 oraz 32-700 Bochnia, Pogwizdów 218, 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 27 października 2017 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.

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

Nazwa oferenta i miejsce udzielania świadczeń	Punkty za ofertę cenową	Jakość	Kompleksowość	Dostępność	Ważność	Inne*	Punkty razem za poszczególne części oferty	Punkty łączne	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, 065/100042, Bogucice 30	9,762	25,000	2,000	6,000	6,000	0,000	39,000	48,762	zbieżny ostateczny	TAK
SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI 065/100042, Pogwizdów 218	9,762	25,000	2,000	6,000	6,000	0,000	39,000	48,762	zbieżny ostateczny	TAK
Rafał Janik, 065/200158, Bochnia, ul. Sądecka 10	10,000	31,000	0,000	6,000	0,000	0,000	37,000	47,000	zbieżny ostateczny	NIE
MEDIKARTE – Sp. z o.o., 065/200011, Bochnia, ul. Proszowska 1	5,476	22,000	0,000	6,000	0,000	0,000	28,000	33,476	nie zaproszono do negocjacji	NIE

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

Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. 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 oferent Medikarte Sp. z o. o. nie został zaproszony na negocjacje, ponieważ przepis art. 142 ust. 5 *Ustawy* stanowi, że komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, może też przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, do czego podstawę stanowi art. 142 ust. 6 *Ustawy*. Stosownie do art. 142. ust. 7 *Ustawy* komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Ustawodawca w żaden sposób nie określa maksymalnej liczby oferentów, z którymi można negocjować, ani też liczby ofert, które mogą zostać wybrane w rozstrzygnięciu postępowania. Przesłanką zaproszenia oferenta do negocjacji jest wysoka łączna ocena oferty uzyskana na podstawie kryteriów nie cenowych (do negocjacji kwalifikuje się oferentów licząc kolejno od najwyższej oceny).

Ponadto, zgodnie z procedurą konkursową do przeprowadzenia negocjacji zaprasza się co najmniej taką liczbę oferentów, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Oferta ww. oferenta w rankingu otwarcia znalazła się na ostatniej czwartej pozycji, dlatego komisja podjęła decyzję o zaproszeniu do negocjacji podmiotów, których oferty znalazły się wyższych pozycjach w rankingu, tj.

1. Rafał Janik, ul. Sąddecka 10, 32-700 Bochnia,
2. SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia.

Organ poczynił ustalenia faktyczne i wskazał, że oferta Odwołującego spełniała wymagane warunki i została zaproszona do negocjacji. Natomiast po negocjacjach, które stanowią część niejawną postępowania, w sporządzonym rankingu końcowym oferta Odwołującego uzyskała zbyt małą ilość punktów. Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na trzeciej pozycji, a do zawarcia umowy zgodnie z ogłoszeniem w/w postępowania wybrano oferenta, posiadającego potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

Należy podkreślić, 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 2 listopada 2017 roku (złożonym osobiście w MOW NFZ 3 listopada 2017 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania. Następnie, po zapoznaniu się z dokumentacją postępowania w dniu 15 listopada 2017 roku, Odwołujący pismem z dnia 22 listopada 2017 roku uzupełnił złożone odwołanie, a następnie 4 grudnia 2017 roku skorzystał ponownie z prawa zapoznania się z dokumentacją i pismem z dnia 12 grudnia 2017 roku (wpływ do MOW NFZ 13 grudnia 2017 roku) uzupełnił odwołanie o nowe zarzuty.

Odwołujący w swym odwołaniu zarzuca naruszenie przez komisję konkursową:

- *„zasady równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w przedmiocie rehabilitacja lecznicza fizjoterapia ambulatoryjna oraz uczciwej konkurencji poprzez*

nieprawidłową, uprzywilejowaną i zawyżoną ocenę oferty Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bochni, nieadekwatną do rzeczywistej wartości oferty i potencjału Wygranego, a nieuzasadnione zaniżenie wartości oferty skarżącego, co doprowadziło do naruszenia interesu prawnego skarżącego poprzez niedokonanie wyboru oferty Skarżącego,

- rażące naruszenie przepisów dotyczących etapu negocjacji poprzez iluzoryczne, formalne przeprowadzenie tego etapu z oferentem, ograniczające się wyłącznie do odebrania przez komisję konkursową odpowiedzi na pytanie o podtrzymanie oferty, co stanowi zaprzeczenie sensu i istoty negocjacji”.

Odwołujący wskazuje, że w jego ocenie „doszło do błędnego oszacowania wartości oferty SPG ZOZ w Bochni poprzez nieuzasadnione przyznanie większej ilości punktów w stosunku do oferty Odwołującego się w sytuacji, gdy rzetelna i uczciwa ocena obu ofert według ogólnie przyjętych kryteriów wskazuje, że oferta skarżącego powinna uzyskać wyższą punktację i wyższe miejsce w rankingu od oferty SPG ZOZ w Bochni”. Odwołujący podnosi również, że jego oferta „spełniała wszystkie warunki wyboru oferty co do jakości, kompleksowości, dostępności oraz ceny.”, ponadto dodaje, że „posiada w swojej ofercie takie wyposażenie i aparaturę medyczną, które pozwalają na kompleksowe świadczenie zabiegów rehabilitacyjnych najwyższej jakości” oraz oferuje „zabiegi, które są dodatkowo punktowane w konkursie (...), z kolei wygrany podmiot nie posiada takich zasobów, posiada wyłącznie podstawowy sprzęt wymagany przez Narodowy Fundusz Zdrowia do udziału w konkursie i oferuje podstawowe zabiegi rehabilitacyjne”. W piśmie stanowiącym uzupełnienie odwołania Odwołujący podnosi, że „wartość jego oferty została bezpodstawnie zaniżona w wyniku błędnie przyznanej punktacji za dodatkowy sprzęt, co zaniżyło ilość przyznanych punktów za jakość”. Odwołujący dodaje: „w wyposażeniu swojej placówki posiadam urządzenia medyczne dodatkowo punktowane w konkursie, tj. 1. Urządzenie do krioterapii miejscowej, za które przyznane były 2 punkty dodatkowe, 2. Wirówkę kończyn dolnych, za którą przyznane były 3 punkty dodatkowe, 3. Wirówkę kończyn górnych, za którą były przyznane były 2 dodatkowe punkty oraz 4. Diatermię krótkofalową, za którą przyznane były 2 punkty dodatkowe. (...) Sumując punktację za sprzęt podstawowy – minimalne wymagania sprzętowe, za które przyznane było 25 punktów oraz 9 punktów za sprzęt dodatkowy, powinienem uzyskać łącznie 34 punkty za jakość, a nie 31. Zaniżona punktacja rzutowała na ocenę mojej oferty, pozycję w rankingu i ostatecznie wybór świadczeniodawcy”.

Odnosząc się do powyższych zarzutów Organ informuje, że komisja konkursowa postępowwała zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym, w szczególności zgodnie z *Ustawą*, a także rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ. Oferta Odwołującego spełniała wymagane w postępowaniu warunki i nie została wybrana z powodu otrzymania za niskiej oceny punktowej. Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z Oferentami. Jak już wspomniano kryteria oceny ofert, do których ma obowiązek stosować się komisja to: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i cena.

Na kryterium *Jakości* składa się potencjał wykazany przez Oferentów m. in.: personel, sprzęt, posiadane certyfikaty, odpowiedzi udzielone na pytania ankietowe. Oferta Odwołującego się otrzymała większą ilość punktów za kryterium *Jakość*. Organ wskazuje, że zgodnie z tabelą nr 2 stanowiącą załącznik nr 5 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.)* zwanego dalej *Rozporządzeniem* Odwołujący nie otrzymał ujemnych punktów za kryterium *Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości*. Organ potwierdza jednocześnie, że Odwołujący otrzymał 31,000 punktów za kryterium *Jakości*, któremu odpowiadają udzielone pozytywne odpowiedzi na n/w pytania ankietowe:

1.2.1.1. *Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu – 12,000 pkt,*

1.2.1.3. *Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej – 4,000 pkt,*

1.2.3.1. *Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń – 3,000 pkt,*

1.2.3.2. *Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji. – 3,000 pkt,*

1.2.3.3. *Zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń.– 2,000 pkt,*

1.2.3.4. *Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń – 3,000 pkt,*

1.2.3.7. *Przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.– 2,000 pkt,*

1.2.4.3. *Prowadzenie dokumentacji medycznej.- Indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku. – 2,000 pkt.*

Z kolei podmiot wybrany do zawarcia umowy otrzymał 25,000 pkt za kryterium *Jakości* odnośnie każdego z miejsc udzielania świadczeń: w Bogucicach i w Pogwizdowie. Udzielił pozytywnych odpowiedzi na n/w pytania ankietowe:

Miejsce udzielania świadczeń - Pogwizdów 218:

1.2.1.1. *Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu – 12,000 pkt,*

1.2.1.3. *Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej – 4,000 pkt,*

1.2.3.4. *Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń. – 3,000 pkt,*

1.2.3.7. *Przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.* – 2,000 pkt,

1.2.4.3. *Prowadzenie dokumentacji medycznej. - Elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.* - 4,000 pkt.

Miejsce udzielania świadczeń – Bogucice 30:

1.2.1.1. *Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu* – 12,000 pkt,

1.2.1.3. *Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej* – 4,000 pkt,

1.2.3.4. *Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.* – 3,000 pkt,

1.2.3.7. *Przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń.* – 2,000 pkt,

1.2.4.3. *Prowadzenie dokumentacji medycznej. - Elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.* - 4,000 pkt.

Organ przypomina, że wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej stanowi załącznik nr 5 do *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.)*. W postępowaniach w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej żaden oferent nie otrzymał 25,000 punktów za „sprzęt podstawowy - minimalne wymagania sprzętowe”. Organ podkreśla, że oferenci nie mogą otrzymać punktów dodatkowych za personel i wyposażenie wymagane określone w załączniku nr 1 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r ze zm.)*. Warunki wymagane, tj. takie które każdy oferent musiał spełnić nie są dodatkowo punktowane, są warunkiem koniecznym, by oferta mogła podlegać ocenie komisji konkursowej i nie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 146 *Ustawy*. Punkty w kryterium *Jakości* są przyznawane za spełnianie przez oferenta warunków dodatkowych, ponad wymagane określone zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r ze zm.)*.

Odwołujący w piśmie z dnia 12 grudnia 2017 roku podnosi, że „w toku postępowania doszło do bezpodstawnego przyznania Samodzielnemu Publicznemu Gminnemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Bochni punktów za program komputerowy do obsługi pacjentów. Tymczasem, jak wynika z dokumentacji konkursowej podmiot ten w swojej ofercie wykazał, że dysponuje programem komputerowym o nazwie EDM firmy Asseco Poland. Program ten nie spełnia jednak wymagań określonych przez NFZ uprawniających do zdobycia w konkursie dodatkowych punktów za posiadanie programu komputerowego”. Odwołujący załączył również wydruk oświadczenia producenta oprogramowania – firmy Asseco Poland. Organ informuje, że zgodnie z *ustawą o z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U z 2017 r., poz. 1524 ze zm.)* elektroniczną dokumentację medyczną stanowią dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP:

a) umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne,

b) określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13a.

Jednocześnie należy wskazać, że art. 13a. ww. ustawy wskazuje, iż Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej, mając na uwadze konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz stopień przygotowania usługodawców do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. W załączonym przez Odwołującego oświadczeniu firmy Asseco Poland, producent podkreśla, że Minister Zdrowia określi w drodze rozporządzenia rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej, „mając na uwadze konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej oraz stopień przygotowania usługodawców do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Na dzień dzisiejszy nie ma rozporządzenia, które określa format danych. (...) W związku z tym wymaganie nie może być spełnione przez żadnego dostawcę oprogramowania.”. Organ potwierdza, że prace nad określeniem i dokładnym opisem wymagań dotyczących elektronicznej dokumentacji medycznej nie zostały jeszcze ukończone. W związku z powyższym należy wskazać, iż zgodnie z opinią wydaną przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, że do czasu pełnego uregulowania kwestii elektronicznej dokumentacji medycznej, poprzez posiadanie przez dany podmiot elektronicznej dokumentacji medycznej należy rozumieć „dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, a więc receptę, skierowanie i zlecenie” lub „dokumentację medyczną indywidualną wytworzoną w postaci elektronicznej”. Szczegółowa analiza dokumentacji załączonej do oferty (faktura VAT z dnia 7 lipca 2017 roku potwierdzająca zakup licencji mMedica moduł Elektroniczna dokumentacja medyczna nr 225730, oświadczenie firmy Asseco Poland o spełnieniu wymagań funkcjonalności elektronicznej dokumentacji medycznej w aplikacji mMedica w module EDM) podmiotu wybranego w rozstrzygnięciu potwierdziła prawidłowość pozytywnej odpowiedzi udzielonej na pytanie nr 1.2.4.3.

części VIII formularza ofertowego *Ankiety*. Zarzut bezpodstawnego przyznania punktów za ww. wymóg należy uznać za bezzasadny.

Odwołujący w swoim odwołaniu podkreśla także, że „*niedopuszczalnym jest i stanowi rażące naruszenie zasady równego traktowania świadczeniodawców i uczciwej konkurencji przyjęcie, że oferta świadczeniodawcy spełnia wszelkie wymagania i kryteria oceny w sytuacji, gdy dany sprzęt i rodzaj zabiegu dostępny jest wyłącznie w jednej z placówek, a kontrakt dostają wszystkie placówki*”. Odwołujący zaznacza, że „*każdą z placówek SPG ZOZ w Bochni powinno się zweryfikować pod względem oferowanych zabiegów i wyposażenia w niezbędny do tego sprzęt, aby zapewnić zachowanie uczciwej konkurencji w postępowaniu konkursowym i prawidłową rzetelną ocenę danego oferenta zgodną ze stanem faktycznym i potencjałem wykonawczym*”. Odwołujący „*kwestionuje, by każda z placówek, które zostały zgłoszone do konkursu przez SPG ZOZ w Bochni (Pogwizdów, Bogucice) posiadały w swoim wyposażeniu sprzęt medyczny zapewniający kompleksowe świadczenie usług rehabilitacyjnych. Kwestionuje, by każda z tych placówek miała np. aparaturę do krioterapii miejscowej, sprzęt do wykonywania masażu kończyn górnych i dolnych, diatermie krótkofalową*”. Organ informuje, że oba miejsca wykazane do udzielania świadczeń w ofercie podmiotu wybranego do zawarcia do umowy, zostały poddane ocenie komisji konkursowej w oparciu o obowiązujące przepisy w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej zawarte w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r. ze zm)*, na podstawie potencjału wykazanego w formularzu ofertowym odnośnie każdego z odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń. W formularzu ofertowym oferenta SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia, personel, sprzęt, harmonogram udzielania świadczeń, liczba i cena oraz ankiety zostały przyporządkowane do każdego miejsca udzielania świadczeń osobno. Potencjał wykazany w obu miejscach udzielania świadczeń nie został przez oferenta powielony, jest różny. Nie doszło też do sumowania zasobów wykazanych w ofercie dla obu miejsc udzielania świadczeń. Organ podkreśla, że szczegółowa analiza oferty wykazała, iż podmiot wybrany do zawarcia umowy posiada niezbędny, wymagany sprzęt do udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r. ze zm)*. W sytuacji wykazania przez oferenta sprzętu ponad wymagane warunki udzielania świadczeń, Organ informuje, że stosownie do § 5 ust. 1 *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.)*, 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. § 5 ust. 2 ww. rozporządzenia wskazuje, że podmiot, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać dodatkowo ponad

podstawowe warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31 d *Ustawy*. Organ przypomina w tym miejscu, że Odwołujący zapoznał się z ofertą wybranego oferenta, dokumentacją potwierdzającą prace komisji konkursowej oraz oceną poszczególnych ofert, a także liczbą punktów uzyskanych przez oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu, w poszczególnych kryteriach: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny.

Odwołujący zaznacza, że „w jego ocenie, aby oferta mogła spełniać kryterium kompleksowości oraz dostępności i uzyskać stosowną punktację, każda z tych placówek powinna spełniać wymagane spektrum zabiegów”. Odwołujący dodaje, że „biorąc pod uwagę zakres i rodzaj dostępnych zabiegów rehabilitacyjnych w jego zakładzie oraz zakres i rodzaj dostępnych zabiegów w *Wiejskich Ośrodkach Zdrowia w Pogwizdowie i Bogucicach* trudno mówić o kompleksowości i dostępności zabiegów oferowanych przez te dwie placówki”, Odwołujący zwraca tu uwagę, na „znaczną odległość pomiędzy placówkami, która ma wpływa na dostępność, kompleksowość i jakość udzielanych świadczeń, ocenianych również z punktu widzenia pacjenta, który cierpiąc na różne dysfunkcje, aby uzyskać komplet zleconych zabiegów, musi udać się do różnych placówek pozostających w znacznej odległości od siebie”. Organ jeszcze raz podkreśla, że wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu była oceniane w oparciu o przepisy *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12 grudnia 2013 r. ze zm.)*. Szczegółowa weryfikacja oferty podmiotu wybranego w rozstrzygnięciu nie wykazała niespełniania warunków wymaganych określonych ww. rozporządzeniu. Należy wskazać, że zgodnie z *Rozporządzeniem 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.)* oraz częścią VIII formularza ofertowego *Ankiety* kryterium *Dostępności* w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dotyczy harmonogramu czasu pracy zakładu – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie oraz odrębnej aplikacji służącej wykonywaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną za zwrotnym automatycznym potwierdzeniem terminu. Za to kryterium zarówno Odwołujący, jak i strona wybrana do zawarcia umowy otrzymali maksymalną ilość punktów, tj. 6,000.

Z kolei kryterium *Kompleksowości* stosownie do przepisów *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.)* w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dotyczy realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej. Organ potwierdza, że podmiot wybrany do zawarcia umowy otrzymał 2,000 pkt za kryterium *Kompleksowości* ze względu na realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej. Odwołujący nie spełnił tego warunku i nie otrzymał punktów za to kryterium.

Odwołujący zaznacza, że „zastanawiającym i budzącym co najmniej wątpliwości etyczne jest fakt, że SPG ZOZ w Bochni składając ofertę w pierwszym konkursie nie objął swoją ofertą wszystkich pięciu placówek”. Organ informuje, że w postępowaniu nr 06-17-000335/REH/05/1/05.1310.208.02/01 oferent SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia złożył ofertę dotyczącą następujących miejsc udzielania świadczeń:

- 1) Bogucice 30, 32-711 Bogucice;
- 2) Pogwizdów 218, 32-700 Pogwizdów;
- 3) Siedlec 47, 32-744 Łapczyca;
- 4) Proszówki 127, 32-700 Bochnia;
- 5) Łapczyca 496, 32-744 Łapczyca.

W rozstrzygnięciu postępowania nr 06-17-000335/REH/05/1/05.1310.208.02/01, które ukazało się stronie internetowej MOW NFZ w dniu 22 września 2017 roku zostały wybrane do zawarcia umowy trzy miejsca udzielania świadczeń, które uzyskały najwyższą ocenę punktową, tj:

- 1) Siedlec 47, 32-744 Łapczyca;
- 2) Proszówki 127, 32-700 Bochnia;
- 3) Łapczyca 496, 32-744 Łapczyca.

Pozostałe dwie placówki oferenta nie znalazły się w rozstrzygnięciu postępowania nr 06-17-000335/REH/05/1/05.1310.208.02/01, ze względu na uzyskanie zbyt niskiej oceny punktowej.

Odwołujący podnosi również, że „SPG ZOZ w Bochni Wiejski Ośrodek Zdrowia w Pogwizdowie nie jest w stanie wypełnić zawartych w swojej ofercie warunków w zakresie personelu medycznego z dniem 1 listopada 2017 roku, bowiem osoba wskazana jako personel medyczny w rzeczywistości jest zatrudniona w innym podmiocie w Niepołomicach i nie jest możliwe jego zatrudnienie z dniem 1 listopada 2017 roku, a zatem również i w tym zakresie oferta ta była bezzasadnie premiowana punktami”. Organ informuje, że podmiot wybrany do zawarcia umowy przedstawił w ofercie wykaz personelu, który będzie udzielał świadczeń w przypadku zawarcia umowy w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej od 1 listopada 2017 roku oraz dołączył oświadczenia osób personelu, w których zobowiązują się do udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. W wyniku szczegółowej weryfikacji oferty komisja konkursowa w dniu 18 października 2017 roku, wezwała oferenta do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu, z uwagi na występowanie fizjoterapeuty, pani Justyny Pawłowskiej-Jewiarz, w tym samym czasie, w którym została wykazana w formularzu ofertowym, w innej umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia. W odpowiedzi oferent pismem z dnia 20 października 2017 roku wyjaśnił: „konflikt widoczny po stronie NFZ, wynika z tego, że Pani Justyna wykazana była u nas wcześniej w innej komórce w ramach postępowania nr 06-17-000335/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Jednak w komórce, w której była wykazana do tamtego postępowania, została wykazana obecnie inna osoba i zmiana ta jest uwzględniona w harmonogramie na Portalu Świadczeniodawcy. Harmonogram ten

może być niewidoczny po stronie NFZ, ponieważ w obecnej chwili nie mamy możliwości wysłania tego zgłoszenia poprzez wniosek aneksowy z Portalu Świadczeniodawcy. Związane jest to z tym, że umowy, która obowiązuje od 01.10.2017, nie ma jeszcze w systemie NFZ. Na ISI ta umowa widnieje jeszcze w statusie – trakcie przygotowania”. Oferent przesłał również aktualne harmonogramy pracy komórek w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia. W związku z powyższym, komisja uznała wyjaśnienia oferenta, a kwestia konfliktu harmonogramu została wyjaśniona. Organ podkreśla, iż weryfikacja oferty nie wykazała elementów spornych harmonogramu w przypadku pozostałych osób personelu wykazanych przez oferenta do udzielania świadczeń od dnia 1 listopada 2017 roku.

Odwołujący podnosi również, że „komisja konkursowa odstąpiła od kontroli Wiejskiego Ośrodka w Pogwizdowie mimo że oferent wykazywał tam dwa nowe pomieszczenia - salę gimnastyczną i przebieralnię, za które przyznano 2 dodatkowe punkty”. Zdaniem Odwołującego doszło tu „do uprzywilejowania oferenta, którego oferta została wybrana poprzez przyznanie dodatkowych punktów bez ustalenia czy w rzeczywistości są spełnione warunki do ich przyznania”. Organ potwierdza, że w toku postępowania komisja konkursowa nie przeprowadziła weryfikacji u żadnego z oferentów. Zgodnie bowiem z 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.

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 19 października 2017 roku wyraził zgodę na odstąpienie od procedury weryfikacji oferentów w przedmiotowym postępowaniu, ponieważ planowane miejsca udzielania świadczeń wykazane w ofertach znajdują się w budynkach, które jako nowe miejsca udzielania świadczeń były przedmiotem oceny komisji w poprzednio prowadzonym i rozstrzygniętym postępowaniu nr 06-17-000335/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Jako „nowi” oferenci w postępowaniu nr 06-17-000335/REH/05/1/05.1310.208.02/01 weryfikacji podlegali:

- 1) Rafał Janik, ul. Sąddecka 10, 32-700 Bochnia;

- 2) SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia w dwóch miejscach udzielania świadczeń tj.: Bogucice 30 i Pogwizdów 218.

Weryfikacje odbyły się 1 sierpnia 2017 roku. W trakcie wizyt zweryfikowano spełnienie wymogów w zakresie zapewnienia dostępu do miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych, zasoby wraz z paszportami technicznymi oraz kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń. Oferty złożone przez oferentów w postępowaniu nr 06-17-000782/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie zawierały również informacji nowych, które powodowałyby konieczność weryfikacji wykazanych miejsc udzielania świadczeń.

Z uwagi jednak na brak podstaw do weryfikacji miejsca udzielania świadczeń, komisja konkursowa podjęła decyzję o pisemnych wezwaniach oferentów, którzy udzielili pozytywnych odpowiedzi na pytanie 1.2.3.4. *Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń* oraz 1.2.3.7. *Przebieralnia dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń* części VIII formularza ofertowego *Ankiety*, do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej prawdziwość udzielonych odpowiedzi. Takie pismo w dniu 17 października 2017 roku zostało skierowane zarówno do Odwołującego, jak i do oferenta: SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia. W odpowiedzi podmiot wybrany do zawarcia umowy przesłał pismo z dnia 19 października 2017 roku (wpływ do MOW NFZ 20 października 2017 roku), w którym potwierdził prawidłowość udzielonych odpowiedzi oraz dołączył dokumentację fotograficzną, przedstawiającą salę gimnastyczną oraz przebieralnię stanowiące odrębne pomieszczenia, dla obu miejsc udzielania świadczeń wykazanych w ofercie, tj. Bogucice i Pogwizdów. Odwołujący również potwierdził prawdziwość udzielonych pozytywnych odpowiedzi na ww. pytania, przesyłać plan zakładu fizjoterapii z opisem umiejscowienia sali gimnastycznej oraz przebieralni. W związku z powyższym, obaj oferenci otrzymali punkty za udzielone odpowiedzi na pytania nr 1.2.3.4. oraz 1.2.3.7. części VIII formularza ofertowego *Ankiety*.

W piśmie z dnia 12 grudnia 2017 roku podnosi, że „doszło do bezpodstawnego przyznania Samodzielnemu Publicznemu Gminnemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Bochni punktów za spełnienie kryterium ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej”. Odwołujący podkreśla, że podmiot wybrany do zawarcia umowy „nie realizował procesu leczenia w oparciu o umowę z NFZ, albowiem dotychczasowa umowa uległa z dniem 30 września 2017 roku rozwiązaniu z uwagi na wyznaczony w umowie termin jej obowiązywania”. Odnosząc się do powyższych zarzutów Organ informuje, że oferent wybrany do zawarcia umowy otrzymał 6,000 pkt w kryterium *Ciągłości* ze względu na realizację, w dniu złożenia oferty, na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat. Oferent Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bochni, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia złożył ofertę w dniu 9

października 2017 roku i realizował, od 1 października 2017 roku, umowę w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, ponieważ został wybrany do zawarcia umowy na podstawie rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000335/REH/05/1/05.1310.208.02/01. Zarzut „bezpodstawnego” przyznania punktów za kryterium Ciągłości należy uznać za bezzasadny.

Odwołujący wskazał, że w jego ocenie „doszło do rażącego naruszenia przepisów dotyczących przeprowadzenia etapu negocjacji, które polegało na iluzorycznym przeprowadzeniu etapu negocjacji”. Organ informuje, że negocjacje stanowią niejawną część postępowania konkursowego, dlatego komisja konkursowa może poinformować Oferenta jedynie o ilości złożonych ofert oraz jego pozycji w rankingu otwarcia. Oferent podejmuje decyzję dotyczącą ilości punktów oraz ceny za punkt w oparciu o przedstawiony w swojej ofercie potencjał. Propozycja komisji konkursowej w trakcie negocjacji zostaje poprzedzona dokładną analizą potencjału wykazanego przez oferenta w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń. Protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, ale dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk z Oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnej postępowania, stanowi podstawę do sporządzenia rankingu końcowego, którego to wyniki wprost przekładają się na ilość wybranych Oferentów i stanowią podstawę do zawarcia umów. Należy podkreślić, że protokół z negocjacji zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny, ale zbieżność stanowiska stron w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Odwołujący podpisując protokół z negocjacji został o tym poinformowany.

W rankingu końcowym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Organ podkreśla, że dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk ze wszystkimi oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnej 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.

Organ podkreśla, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Podkreślenia wymaga, że zasadę równego traktowania oferentów i zapewnienia zachowania uczciwej konkurencji należy sprowadzić do generalnego nakazu stworzenia jednakowych możliwości udziału w konkursie, w tym pozyskiwania wszelkich danych i informacji dotyczących postępowania konkursowego, warunków jego przeprowadzania, dostępu do informacji ze strony organu, a także zastosowanie jednakowych kryteriów i metod oceny składanych ofert, zapewnienie jednakowych warunków udziału w negocjacjach itp. (Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 16 października 2015r. II GSK 2006/14). 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*.

Niemniej jednak, Odwołujący wniósł także o „zweryfikowanie działania i decyzji komisji konkursowej, a dalej zawarcie umowy z odwołującym się”. Organ wskazuje, że postępowanie komisji konkursowej było prawidłowe, a w toku niniejszego postępowania odwoławczego nie ma możliwości dokonania ponownej oceny złożonej oferty, jako że leży to w gestii komisji konkursowej. Potwierdza to wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 w którym stwierdził, „rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 ustawy o świadczeniach (...) w związku z art. 152 tej ustawy jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniobiorcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert (...)”. 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 wskazuje, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz wymogi merytoryczne. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem oferty, które uzyskały wyższą oceną punktową i jako najkorzystniejsze zostały wybrane do zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. W związku z powyższym dokonanie wyboru wszystkich świadczeniodawców do zawarcia umowy jest niemożliwe ze względu na ograniczone środki finansowe. Oferty podmiotów wybranych do zawarcia umowy zabezpieczają liczbę świadczeń dla pacjentów w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, na obszarze: 1201011 – Bochnia, 1201022 – Bochnia zgodnie z ogłoszeniem postępowania nr 06-17-000782/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

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 więc występował wtedy, gdy naruszenie przez podmiot prowadzący to postępowanie określonych zasad postępowania spowodowało, że uczestnik postępowania (świadczeniodawca) został pozbawiony możliwości zawarcia umowy. Interes prawny świadczeniodawcy należy oceniać przez pryzmat konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez określonego świadczeniodawcę (wystąpienia uszczerbku jego interesu prawnego).

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów Odwołującego się. Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia przepisów prawa w tym zakresie obowiązujących, w tym w szczególności zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu. Przepis art. 134 ust. 2 *Ustawy* nakłada nadto na Fundusz obowiązek, by wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były wszystkim świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

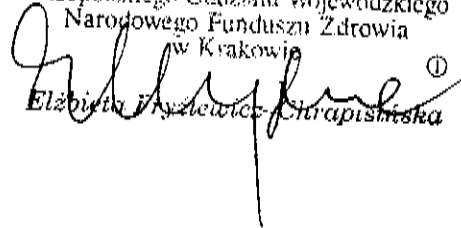
Wszyscy świadczeniodawcy byli jednakowo informowani o jego zasadach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny skarżącego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. Wszystko to służy nadrzędnemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz transparentne, prowadzące do wyboru ofert,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

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.

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Elżbieta Wyżewicz-Chrapalska

Decyzję otrzymują:

1. Rafał Janik, ul. Sąddecka 10, 32-700 Bochnia – strona składająca odwołanie,
2. SAMODZIELNY PUBLICZNY GMINNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOCHNI, ul. Kazimierza Wielkiego 26/17, 32-700 Bochnia - strona wybrana do zawarcia umowy,
3. Organ a/a.

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji. Od decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługiwać będzie środek zaskarżenia do sądu administracyjnego.

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