

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika  
Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.  
os. Złotej Jesieni 1  
31-826 KRAKÓW  
- strona składająca odwołanie

Bogdan Zalewski  
ul. Pocztowa 22  
32-626 JAWISZOWICE  
- strona wybrana do zawarcia umowy

SP ZOZ Szpital Uniwersytecki  
w Krakowie  
ul. Kopernika 36  
31-501 KRAKÓW  
- strona wybrana do zawarcia umowy

### Decyzja

z dnia 3 czerwca 2014 r.

nr 58/PRO/2014

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. nr 267) oraz art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) zwaną dalej „ustawą”, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000581/PRO/10/1/10.4450.159.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert/rokowań w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie: program badań prenatalnych, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

**uwzględnia/oddala\* odwołanie**

---

\* niepotrzebne skreślić

## UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając na podstawie art. 139 ust. 1 pkt. 1 i 2 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)* zwanej dalej także *Ustawą*, ogłosił postępowanie nr 06-14-000581/PRO/10/1/10.4450.159.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie: program badań prenatalnych, na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 827 860 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 lipca 2014 do dnia 31 grudnia 2014 roku. W postępowaniu zostało złożonych 6 ofert. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 14 maja 2014 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który mówi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy* Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta Odwołującego się o 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 (Dz. U. z 2013 r. nr 267)*, zwaną w dalszej części k.p.a. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie



sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora 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 w/w decyzji przysługuje skarga do sądu administracyjnego.

Z wyżej cytowanych przepisów wynika, że przedmiotem rozstrzygnięcia organu jest badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego się na skutek naruszenia zasad postępowania. Organ rozpatrujący odwołanie winien zbadać, czy rozstrzygnięcie postępowania przez komisję konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się – przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą wystąpić łącznie.

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

- Bogdan Zalewski
- SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie.

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 22 maja 2014 roku znak: MOW NFZ WSOZ I/III-4450-2-14/DSŁ/14 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu.

Kolejno Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie pismem z dnia 22 maja 2014 roku o sygn. MOW NFZ WSOZ I/III-4450-2-15/DSŁ/14 poinformował strony postępowania 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 się, a także strona wybrana do zawarcia umowy tj. (Bogdan Zalewski oraz SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie) zapoznali się z aktami sprawy w dniach 29-30 maja 2014 roku, nie wnosząc uwag do przedłożonej dokumentacji.

Dokonując oceny zasadności przedmiotowych zarzutów postawionych przez Odwołującego wskazania wymaga przebieg postępowania o nr 06-14-000581/PRO/10/1/10.4450.159.02/01.



Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 24 marca 2014 roku na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-14-000581/PRO/10/1/10.4450.159.02/01 w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie: program badań prenatalnych na obszarze: 1201- powiat bocheński, 1206 – powiat krakowski, 1208 – powiat miechowski, 1209 – powiat myślenicki, 1214 - powiat proszowicki, 1219 - powiat wielicki, 1261 – Kraków, na okres od dnia 1 lipca 2014 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku.

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

1. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217z późn. zm.),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U z 2004 r., nr 273, poz. 2719),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r. nr 293 poz.1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r. nr 293 poz.1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., nr 81, poz. 484),*
7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1505),*
8. *Zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.),*

9. Zarządzenie nr 81/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne,
10. Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.).

Jednocześnie, komisja konkursowa działa w oparciu o regulamin pracy komisji konkursowej, prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjęty Uchwałą nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., zwany dalej *regulaminem*.

Wszyscy oferenci już w chwili ogłoszenia postępowania zapoznają się z określonymi przepisami będącymi podstawą do dokonania wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 81/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne oraz w załączniku do rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych z dnia 6 listopada 2013 r. wskazano zarówno warunki wymagane do realizacji świadczeń w zakresie programów zdrowotnych jak i warunki dodatkowo oceniane.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 6 ofert. Oferentami byli:

1. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.
2. Bogdan Zalewski
3. SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
4. Małgorzata Kruszewska-Kowalik
5. SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
6. Włodzimierz Sidor, Agnieszka Nawara-Baran działający w formie spółki cywilnej pod nazwą Volumed Gabinety Specjalistyczne

W dniu 9 kwietnia 2014 r. komisja Konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze. Komisja konkursowa stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zasad (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2719).



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

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

Komisja Konkursowa w dniu 9 kwietnia 2014 r. w trakcie otwarcia oferty stwierdziła, iż tylko jedna oferta zawiera braki formalne (oferent: Małgorzata Kruszewska-Kowalik). Komisja konkursowa wezwała ww. oferenta do uzupełnienia braku formalnego, który został uzupełniony w dniu 10 kwietnia 2014 r.

W toku postępowania komisja konkursowa przeprowadziła kontrole u wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. 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.

W toku postępowania objęci kontrolą byli następujący oferenci:

1. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.
2. Bogdan Zalewski
3. SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
4. Małgorzata Kruszewska-Kowalik
5. SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie
6. Włodzimierz Sidor, Agnieszka Nawara-Baran działający w formie spółki cywilnej pod nazwą Volumed Gabinety Specjalistyczne

Następnie komisja konkursowa odrzuciła oferty następujących oferentów:

1. Włodzimierz Sidor, Agnieszka Nawara-Baran działający w formie spółki cywilnej pod nazwą Volumed Gabinety Specjalistyczne
2. Małgorzata Kruszewska-Kowalik

Wyżej wymienione 2 oferty zostały odrzucone na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 7 ustawy z powodu nie spełniania wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunkach określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 3 ustawy

Do części niejawnego postępowania, jako spełniające wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy zostali zakwalifikowani 4 oferenci tj.:

1. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.
2. Bogdan Zalewski
3. SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie
4. SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

Następnie w dniu 2 maja 2014 r. oferent Włodzimierz Sidor, Agnieszka Nawara-Baran działający w formie spółki cywilnej pod nazwą Volumed Gabinety Specjalistyczne złożył do komisji konkursowej protest na odrzucenie oferty. Komisja konkursowa w dniu 5 maja 2014 r. oddaliła protest oferenta nie znajdując w nim podstaw do uwzględnienia.

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

1. **jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej w szczególności poprzez:
  - a. kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
  - b. wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
  - c. zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia,
  - d. ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,
  - e. wyniki ostatniej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z uwzględnieniem ewentualnych zastrzeżeń wniesionych do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do wystąpienia pokontrolnego. Wyniki kontroli odnoszą się do całego okresu obowiązywania umowy zawartej na realizację świadczeń w danym zakresie świadczeń, obowiązującej w roku



poprzedzającym rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2. **zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - rozumianej, jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującej wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ocenianej w szczególności poprzez:
  - a. planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
  - b. dostęp do badań i zabiegów,
  - c. posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
  - d. ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;
3. **dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej w szczególności poprzez:
  - a. liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
  - b. organizację przyjęć świadczeniobiorców,
  - c. brak barier dla osób niepełnosprawnych;
4. **ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - rozumianej, jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów - ocenianej w szczególności poprzez:
  - a. organizację świadczeń/turnusów - zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,
  - b. realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
5. **ceny świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Ocena oferty w rankingu została wyliczona przez system na podstawie informacji zawartych w ofertach, w oparciu kryteria oceny ofert zawarte w cytowanym zarządzeniu



nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie ze wzorami określonymi w załączniku nr 1 i nr 2 do zarządzenia.

W trakcie oceny merytorycznej oferty komisja konkursowa działając na podstawie § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U z 2004 r., nr 273, poz. 2719) wezwała wszystkich Oferentów do wyjaśnienia stwierdzonych w trakcie otwarcia ofert rozbieżności poprzez dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania.

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

1. wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia;
2. nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Komisja konkursowa kolejno przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny oferty w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych kontrolach, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu dwie oferty, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj. Bogdan Zalewski oraz SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, które znalazły się w rankingu końcowym, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

W trakcie trwania postępowania konkursowego pierwotnie zaplanowane rozstrzygnięcie postępowania na dzień 30 kwietnia 2014 zostało przełożone na dzień 9 maja 2014 r., a następnie na dzień 14 maja 2014 r., ze względu na potrzebę przeprowadzenia kolejnych negocjacji celem pełnego zabezpieczenia ww. świadczeń.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 14 maja 2014 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

Odwołujący się pismem z dnia 19 maja 2014 roku wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

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



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

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

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

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.*).

W stosunku do zarzutów formułowanych przez Odwołującego się należy wskazać:

1. Odnosząc się do pierwszego zarzutu, w którym to oferent podnosi, że „został bezpodstawnie wezwany przez komisję konkursową do uzupełnienia oferty o wyniki audytu FMF lekarzy” - należy wyjaśnić, że zgodnie z § 6 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania



*i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U z 2004 r., nr 273, poz. 2719)* w toku postępowania komisja konkursowa może żądać od świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania, a także ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy. Należy zaznaczyć, że komisja konkursowa weryfikuje ofertę ze stanem faktycznym, a zgodnie z l.p. 4 „program badań prenatalnych” kolumna 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1505)* warunkiem wymaganym do realizacji świadczeń w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie: program badań prenatalnych jest posiadanie m.in.:

1. komputera wraz z oprogramowaniem certyfikowanym, umożliwiającym kalkulację ryzyka wystąpienia aneuploidii zgodnie z kryteriami określonymi przez obowiązujące standardy i rekomendacje, wraz z aktualną licencją,
2. program komputerowy obliczający ryzyko aberracji chromosomalnych wraz z aktualną licencją.

Głównym zadaniem programu badań prenatalnych jest wczesna identyfikacja wad płodu lub podwyższonego ryzyka ich wystąpienia. Zatem do przeprowadzenia badań w ramach programu i wyliczenia ryzyka każdy lekarz musi posiadać certyfikat Fetal Medicine Foundation (FMF) na 11-13 tydzień ciąży, który potwierdza umiejętność właściwego przeprowadzenia badania USG w celu obliczenia ryzyka aneuploidii, dlatego też komisja konkursowa była zobowiązana do sprawdzenia, czy każdy lekarz posiada przedmiotowy certyfikat, którego wydanie uzależnione jest od przejścia audytu FMF, dlatego też powyższy zarzut jest całkowicie bezzasadny.

2. Odnosząc się do kolejnych zarzutów oferenta, w którym to oferent powołuje się na:
  - a) nieuzasadnioną zmianę zasad wyboru oferty w rodzaju profilaktycznych programów zdrowotnych, polegającą na tym, że uprzednio w trzech postępowaniach w innych zakresach świadczeń tj. program profilaktyki raka piersi (etap pogłębionej diagnostyki), program profilaktyki raka piersi (etap pogłębionej diagnostyki), program profilaktyki raka szyjki macicy (etap pogłębionej diagnostyki) dokonano wyboru wszystkich oferentów, spełniających kryteria, a w niniejszym postępowaniu zmieniono zasady;
  - b) naruszenie zasad prowadzenia postępowania poprzez brak zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców ubiegających się o zawarcie umowy



- o prowadzenie postępowania w sposób nie dający gwarancji zachowania zasad uczciwej konkurencji, na skutek prowadzenia negocjacji z oferentami w różnych terminach uprzywilejowując tym samym w zakresie ceny za udzielanie świadczeń oferentów negocjujących później;
- c) niepodawanie w trakcie negocjacji informacji o aktualnym miejscu w rankingu zarówno oferty Spółki jak i miejsca innych oferentów,
  - d) dokonanie wyboru oferty, która nie zapewnia ciągłości udzielania świadczeń, ich kompleksowości, dostępności i pozbawia pacjentów możliwości kontynuacji leczenia w podmiotach, które nie otrzymały kontraktów;
  - e) nie dokonanie wyboru innych świadczeniodawców, mimo prowadzonych negocjacji

– należy wyjaśnić, że art. 142 ust. 6 i 7 ustawy o świadczeniach stanowi, że komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:

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

Komisja ma również obowiązek przeprowadzić negocjacje, co najmniej z dwoma Oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Należy zaznaczyć, że negocjacje mają na celu ostateczne ustalenie ceny za punkt oraz liczby świadczeń. Przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie nie regulują technicznego sposobu przeprowadzenia negocjacji, zależy to w głównej mierze od woli stron. Każda ze stron podczas negocjacji przedstawia swoją propozycję. Negocjacje w przedmiotowym postępowaniu przeprowadzone były oddzielnie z każdym oferentem. Należy zaznaczyć, iż nie ma możliwości jednoczesnego prowadzenia negocjacji ze wszystkimi oferentami. Wszyscy oferenci zostali zaproszeni w tym samym dniu w następujących po sobie przedziałach czasowych, dlatego też chybiony jest zarzut, iż „komisja konkursowa w skutek prowadzenia negocjacji z oferentami w różnych terminach uprzywilejowała oferentów negocjujących później”. Należy zaznaczyć, iż w toku spotkania negocjacyjnego każdy z oferentów uzyskał szczegółową punktację swojej oferty, w podziale na poszczególne kryteria oceny oferty, a także został poinformowany o swojej pozycji w rankingu otwarcia. Podkreślenia wymaga fakt, iż każdy z oferentów w chwili rozpoczęcia negocjacji posiadał taką samą wiedzę odnośnie postępowania konkursowego. Komisja konkursowa nie może podczas negocjacji podawać informacji odnośnie ofert konkurencji. Takie postępowanie miałoby charakter licytacji, a nie negocjacji. Nie zasługuje, więc na uznanie kolejny zarzut Odwołującego się, iż „komisja konkursowa naruszyła obowiązujące przepis poprzez niepodawanie w trakcie negocjacji informacji o aktualnym miejscu w rankingu zarówno oferty Spółki jak i miejsca innych oferentów”.

Komisja konkursowa odbyła z każdym z oferentów 3 spotkania negocjacyjne w dniach 30 kwietnia 2014, 8 maja 2014 r. oraz 13 maja 2014 r. Spotkania negocjacyjne odbyły się z każdym oferentem zakwalifikowanym do części niejawnego postępowania. Wyrazem ustaleń poczynionych w toku negocjacji były sporządzone i podpisane przez strony protokoły końcowe z negocjacji. Odwołujący w ostatnich negocjacjach z dnia 13 maja 2014 r. określił swoją propozycję cenową w kwocie 10,50 zł za punkt oraz łączną liczbę punktów wynoszącą 12000 punktów. Odwołujący nie zgłaszał żadnych uwag w trakcie trwania spotkania negocjacyjnego, nie wyraził zgody na nagrywanie negocjacji oraz podpisał protokół końcowy z negocjacji bez żadnych zastrzeżeń. Ponadto Odwołujący się zapoznał się szczegółowo z protokołem końcowym z negocjacji, który zawierał zastrzeżenie o następującej treści: „Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy”. Komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny oferty Oferentów w oparciu o przedstawione przez niego dane. Po zakończeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Należy podkreślić, iż protokół końcowy 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, dlatego też nie zasługuje na uwzględnienie kolejny zarzut Odwołującego się, iż „komisja dokonała zmiany zasad wyboru oferty w rodzaju profilaktycznych programów zdrowotnych, polegającą na tym, że uprzednio w trzech postępowaniach w innych zakresach świadczeń tj. program profilaktyki raka piersi (etap pogłębionej diagnostyki), program profilaktyki raka piersi (etap pogłębionej diagnostyki), program profilaktyki raka szyjki macicy (etap pogłębionej diagnostyki) dokonano wyboru wszystkich oferentów, spełniających kryteria, a w niniejszym postępowaniu zmieniono zasady”.



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

Nazwa oferenta	Punkty za ofertę cenową	ciągłość	kompleksowość	jakość	dostępność	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Status oferty – wybrana TAK/NIE
Bogdan Zalewski	10	5	10	5	5	25	35	zbieżne ostateczne	Tak
SP ZOZ Szpital Uniwersytecki	10	5	10	3,333	5	23,333	33,333	zbieżne ostateczne	Tak
Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.	14,545	5	0	3,333	0	8,333	22,878	zbieżne ostateczne	Nie
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie (wszystkie miejsca udzielania świadczeń zgłoszone do oferty)	10	5	0	0	5	10	20	zbieżne ostateczne	Nie

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 określonym w ogłoszeniu. Nie zasługuje na uznanie zarzut Odwołującego się jakoby komisja konkursowa „dokonała wybory oferty, która nie zapewnia ciągłości udzielania świadczeń, ich kompleksowości, dostępności i pozbawia pacjentów możliwości kontynuacji leczenia w podmiotach, które nie otrzymały kontraktów”. Z przedstawionej powyżej tabeli jasno

wynika, iż oferty, które zostały wybrane zapewniają zarówno ciągłość, kompleksowość, jakość, jak również dostępność. Należy zaznaczyć, iż w oparciu o zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ (ze zm.) oferta Odwołującego się oraz pozostałe oferty biorące udział w w/w postępowaniu zostały ocenione według jednolitych, stosownych wobec wszystkich oferentów (kryteriów oceny) obejmujących: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, w tym kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz cenę oferowanych świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w w/w zarządzeniu Prezesa NFZ. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od Świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Komisja konkursowa właściwie oceniła nadesłane oferty, pod względem przesłanek określonych w art. 149 *Ustawy*, ustalając, iż jedna ze złożonych ofert podlega odrzuceniu na podstawie przesłanek określonych w ustawie. Wszyscy Oferenci odpowiadali na te same pytania. Ocena ofert odbywała się w sposób jednolity i częściowo zautomatyzowany poprzez „zacytanie” ofert wraz z odpowiedziami ankietowymi do systemu informatycznego NFZ. W oparciu o algorytm zawarty w zarządzeniu nr 3/2014/DSOZ, system informatyczny przydzielił odpowiednią liczbę punktów. Liczba ta stanowiła o wyjściowej pozycji oferty w tzw. rankingu otwarcia. 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.

Jak już wcześniej wskazano system informatyczny ma za zadanie wspierać prace komisji konkursowej. Sposób przygotowywania oferty i udzielanych odpowiedzi ankietowych ma bezpośredni wpływ na wartość punktową uzyskiwaną przez konkretnego Oferenta. W tym zakresie wątpliwości rozwiewa załącznik nr 1 oraz nr 2 do zarządzenia nr 3/2014/DSOZ, w którym w sposób zrozumiały i wyczerpujący określono algorytm obliczania punktacji poszczególnych oferentów, i tak odpowiednio:

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

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

y - liczba punktów oceny danej oferty



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

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

s - waga skalująca

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

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

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

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

TABELA NR 13 PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJ ĄCA (S) (maksym alna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIED ZI	NR WIER SZA	ZAKRES *	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>
jakość-personel	45	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	1	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – kwalifikacje - diagnosta laboratoryjny; specjalista cytomorfologii medycznej	10
			2	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej – co najmniej 2 lata pracy w diagnostyce cytologii szyjki macicy i ocenienie co	5

**TABELA NR 13  
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE**

POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERZSZA	ZAKRES *	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					najmniej 10000 preparatów pod kontrolą lekarza specjalisty patomorfologa	
			3	1	W etapie diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy – doświadczenie personelu w ocenie preparatów cytologii ginekologicznej – ocenianie co najmniej 7000 badań cytologicznych-ginekologicznych rocznie	10
			4	2	W etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – kwalifikacje - lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	10
			5	2	W etapie podstawowym programu profilaktyki raka piersi – doświadczenie w ocenie mammografii - lekarz oceniający co najmniej 5000 mammografii skryningowych rocznie	10
			6	2	Odbycie przez każdego z techników elektroradiologów szkolenia w zakresie kontroli jakości w mammografii prowadzonego przez WOK w oparciu o program zatwierdzony przez COK lub prowadzonego przez PLTR, lub przez inną jednostkę prowadzącą szkolenia akredytowane przez PLTR lub zgodnie z programem zatwierdzonym przez PLTR	5
			7	2	W etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi – kwalifikacje - lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej	5
			8	4	dietetyk	3
			9	4	specjalista psychoterapii uzależnień	3
Jakość-aparatura i sprzęt	10	jedna odpowiedź do wyboru	10	2	W etapie pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka piersi - możliwość odczytu zarówno mammografii wykonanych techniką analogową (posiadanie negatoskopu spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu) jak i cyfrową (posiadanie stanowiska opisowego dla lekarza spełniającego wymogi określone w rozporządzeniu)	10
Jakość - jakość badań	10	jedna odpowiedź do wyboru jedna odpowiedź do wyboru	11	1	wykonywanie przez pracownię powyżej 15 tys. badań cytologicznych – ginekologicznych rocznie	5
			12	1	długość oczekiwania na wynik badań- do 7 dni	5
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	13	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			14		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki	-5	jedna lub	15	wszystkie	udzielenie świadczeń przez personel o	1



**TABELA NR 13**  
**PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE**

POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIER SZA	ZAKRES *	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
kontroli		więcej odpowiedzi do wyboru		zakresy	kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)	
			16		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			17		nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących	1
			18		obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	3
			19		pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			20		niezasadne ordynowanie leków	1
			21		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			22		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			23		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			24		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2
			25		przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	2
			26		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			27		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			28		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo (nie dotyczy zakresu 10.7940.159.02P ROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	29	wszystkie zakresy poza program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	podjazdy oraz dojeżdżanie o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity Dz.U.2013.1409)	2
			30		przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwиг umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenia techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze	2

TABELA NR 13 PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIER SZY	ZAKRES *	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓ W JEDNOS TKOWY CH
1	2	3	4	5	6	7
mobilnej)			31		Co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	2
Dostępność - dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo (dotyczy zakresu 10.7940.159.02P PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - w pracowni mobilnej)	5	jedna lub więcej odpowiedzi w zależności od wymagań dotyczących danego zakresu świadczeń	32	dotyczy zakresu programu profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej)	wyposażenie mammobusu w podnośnik lub inne urządzenie techniczne umożliwiające transport osób na wózkach albo podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity Dz.U.2013.1409)	4
			33		wyposażenie mammobusu w pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych	1
Kompleksowość - kompleksowa realizacja programu badań prenatalnych	10	jedna odpowiedź do wyboru	34	3	świadczeniodawca zapewnia wykonywanie wszystkich procedur określonych w programie, zarówno z zakresu położnictwa i ginekologii, jak i genetyki, tj. - badanie ultrasonograficzne, - poradę genetyczną, - pobranie materiału do badań biochemicznych oraz dostęp do laboratorium spełniającego wymagania określone w załączniku nr 5, pkt 7 do obowiązującego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne oraz w przepisach odrębnych - amniopunkcję lub biopsję trofoblastu lub kordocentezę oraz dostęp do badań genetycznych określonych w programie	10
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	35	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

Oferta Odwołującego się Oferenta uplasowała się w rankingu końcowym na pozycji niższej od ofert wybranych do zawarcia umowy. Oferta Odwołującego się zajęła 3



miejsce w rankingu końcowym. Oferty, które przeszły do części niejawnego postępowania w przedmiotowym postępowaniu było 4, a wybrano 2 oferentów, których oferty wyczerpały wartość ogłoszonego postępowania, celem zawarcia z nimi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. 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 ocenę punktową i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy, dlatego też bezzasadny jest zarzut, iż *„komisja konkursowa mimo kolejnych negocjacji nie wybrała oferty Odwołującego się”*. Warto w tym momencie wspomnieć, że zarówno Wojewódzkie Sądy Administracyjne, jak i Naczelny Sąd Administracyjny w zakresie orzecznictwa dotyczącego wskazanej problematyki – nie wykazały w tej materii wadliwości działania komisji konkursowych. Dodatkowo, co warto podkreślić, Odwołujący się podpisał oświadczenie złożone do oferty, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmując je do stosowania (załącznik nr 2 do zarządzenia nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Bezprzedmiotowy jest zarzut oferenta, iż *„w ostatnich latach było, co najmniej trzech świadczeniodawców realizujących kontrakt w przedmiotowym zakresie”* z uwagi na to, iż żadne przepisy nie regulują ilu świadczeniodawców powinno zawrzeć umowę z NFZ. Na marginesie należy zauważyć, iż w poprzednich latach na terenie województwa małopolskiego przedmiotowe świadczenia zabezpieczało 4 świadczeniodawców. W wyniku rozstrzygnięcia aktualnych postępowań konkursowych dotyczących badań prenatalnych, świadczenia na terenie województwa małopolskiego nadal będzie zabezpieczać 4 świadczeniodawców.

Organ wskazuje jednocześnie, że zgodnie z art. 135 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych



innych ustaw (Dz. U.2013 r., poz. 1290), Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zasadę jawności ofert składanych w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę - w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. W konsekwencji tej regulacji w zarządzeniu nr 74/2013/DSOZ Prezes NFZ wskazał, że oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po zakończeniu postępowania, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę. Zastrzeżenie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy w formie pisemnej, może nastąpić w szczególności poprzez wypełnienie i załączenie do oferty formularza, którego wzór określony został w załączniku nr 7 do zarządzenia nr 74/2013/DSOZ Prezes NFZ. Zastrzeżenie dotyczące wyłączenia jawności oferty winno w sposób niebudzący wątpliwości określać informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy. Zastrzeżenie nie może mieć jednak charakteru zastrzeżenia ogólnego – zastrzeżenie całości oferty. W przedmiotowym postępowaniu wszyscy oferenci złożyli ww. załącznik (oprócz oferenta: Włodzimierz Sidor, Agnieszka Nawara-Baran działający w formie spółki cywilnej pod nazwą Volumed Gabinety Specjalistyczne), tym samym skutecznie zastrzegli przedstawione w załączniku wybrane punkty.

Należy podkreślić, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich Oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Uczestnikom konkursu zostały udostępnione zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z załącznikami, które określały zarówno wymagania stawiane oferentom jak i kryteria oceny ofert. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych kryteriów. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie świadczeniodawców i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Podkreślić tutaj należy, iż sam Odwołujący na etapie prowadzonego postępowania nie wnosił w tej kwestii żadnych zastrzeżeń, w szczególności w formie umotywowanego protestu przewidzianego art. 153 *Ustawy*.

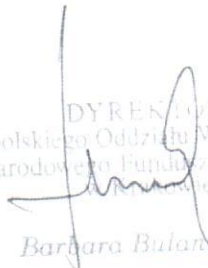
Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał



wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów Odwołującego się. Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia przepisów prawa w tym zakresie obowiązujących, w tym w szczególności zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu. Przepis art. 134 ust. 2 *Ustawy* nakłada nadto na Fundusz obowiązek, by wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były wszystkim świadczeniodawcom na takich samych zasadach. Wszystko to służy nadrzędnemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz transparentne, prowadzące do wyboru ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość, a także dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, z zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy Oferentami.

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

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTORKA  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
  
Barbara Bulańska

**Decyzję otrzymują:**

1. Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o., os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków - strona składająca odwołanie;
2. Bogdan Zalewski, ul. Poczтовая 22, 32-626 Jawiszowice - strona wybrana do zawarcia umowy;
3. SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. Kopernika 36, 31-501 Kraków - strona wybrana do zawarcia umowy.
4. a/a

**Pouczenie:**

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