

Znak: WOKSI.422.22.2017

REH.FSZ

Kraków, dnia 31.10.2017

### **Decyzja**

z dnia 31. października 2017 r.

nr 60./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 2017 r., poz. 1938) 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 z odwołaniem złożonym przez Oferenta SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000346/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 06-17-000346/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 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. W ww. ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 583 745,40 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 października 2017 do dnia 31 grudnia 2017 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 9. W postępowaniu złożono 11 ofert (na 12 miejsc udzielania świadczeń). W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 15 września 2017 roku.

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

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy* świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta - Odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257) zwaną w dalszej części „*k.p.a.*”. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania, Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Od decyzji Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 *ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi* (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1369 ze zm.) jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

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

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

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1, bądź nie dokonanie wyboru żadnej oferty, gdy nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 142 ust. 5 ustawy). W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy oferenci 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 oferent, który złożył odwołanie tj. SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków oraz oferenci, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

- 1) Centrum Medyczne "BATOREGO" Sp. z o.o., ul. Batorego 77, 33-300 Nowy Sącz,
- 2) Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka, ul. Wiśniowieckiego 28, 33-300 Nowy Sącz,
- 3) "ARTMED" Sp. z o.o. ul. Kazimierza Pułaskiego 8, 33-380 Krynica-Zdrój,
- 4) Mariola Pawlak ul. Prusa 127g, 33-300 Nowy Sącz,
- 5) Jadwiga Grądalska, Barcice 422, 33-342 Barcice Górne,

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 27 września 2017 roku znak: WOKSI.422.22.2017 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.

Strona postępowania "ARTMED" Sp. z o.o. w dniu 20 października br. zapoznała się z materiałami postępowania nie wnosząc do nich uwag, pozostałe strony postępowania nie skorzystały z prawa zapoznania się z aktami sprawy.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-17-000346/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 29 czerwca 2017 roku na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-17-000346/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: 1262 Nowy Sącz na okres: od dnia 1 października 2017 do dnia 30 czerwca 2022 roku.

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

1. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz.1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., nr 293, poz.1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1146),*

7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.,*
10. *Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*

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

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 11 ofert. Oferentami byli:

- 1) PRAXIS" Sp. z o.o. ul. św. Heleny 30b 33-300 Nowy Sącz
- 2) Centrum Medyczne "BATOREGO" Sp. z o.o., ul. Batorego 77 33-300 Nowy Sącz.
- 3) Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka, ul. Wiśniowieckiego 28, 33-300 Nowy Sącz. (oferta złożona na 2 miejsca udzielania świadczeń).
- 4) "ARTMED" Sp. z o.o. ul. Kazimierza Pułaskiego 8, 33-380 Krynica-Zdrój,
- 5) Mariola Pawlak ul. Prusa 127g 33-300 Nowy Sącz.
- 6) Jadwiga Grądalska, Barcice 422 33-342 Barcice Górne,
- 7) SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 2, 30-053 Kraków,
- 8) NZOZ "REMEDIUM" Sp. z o.o. ul. Józefa Poniatowskiego 2, 33-300 Nowy Sącz,
- 9) Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego, ul. Młyńska 10 33-300 Nowy Sącz,
- 10) Janusz Kelles-Krauz, Marzena Smoleń ul. I Brygady 83, 33-300 Nowy Sącz,
- 11) Aleksander Lachowski, Maciej Bugaj ul. Broniewskiego 3, 33-300 Nowy Sącz.

W dniu 19 lipca 2017 r. komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o ww. 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 ze 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 wezwała 5 oferentów do usunięcia braków formalnych, które zostały uzupełnione w przewidzianym dla tej czynności terminie.

W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. W częściach: jawnej oraz niejawnej nie została odrzucona żadna oferta.

W toku postępowania komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u 3 nowych oferentów biorących udział w postępowaniu:

- Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka,
- Janusz Kelles-Krauz, Marzena Smoleń,
- Barbara Jurkiewicz NZOZ "REMEDIUM" Sp. z o.o.

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

Przeprowadzając kontrolę Oferentów komisja dokonuje w szczególności sprawdzenia:

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

Do części niejawnej postępowania zostali zakwalifikowani wszyscy oferenci.

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.

Ustawa określa kryteria, które muszą być stosowane przy ocenie ofert oferentów, nie pozostawiając w tym zakresie swobody dla organu prowadzącego postępowanie. Nie może on stosować tylko niektórych spośród kryteriów przewidzianych w Ustawie.

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

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

Komisja konkursowa, przy pomocy systemu informatycznego, dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała 5 ofert o najwyższej łącznej ocenie punktowej:

- 1) Jan Wrona Centrum Medyczne "BATOREGO" Sp. z o.o., ul. Batorego 77, 33-300 Nowy Sącz.
- 2) Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka, ul. Wiśniowieckiego 28, 33-300 Nowy Sącz.
- 3) Aleksandra Budzyńska "ARTMED" Sp. z o.o. ul. Kazimierza Pułaskiego 8, 33-380 Krynica-Zdrój.
- 4) Mariola Pawlak, ul. Prusa 127g, 33-300 Nowy Sącz.
- 5) Jadwiga Grądalska, Barcice 422, 33-342 Barcice Górne,

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 ofert pod względem spełnienia warunków formalno – prawnych. Organ podkreśla, że po przeprowadzonych negocjacjach komisja konkursowa wygenerowała ranking końcowy przy wsparciu systemu informatycznego, w którym oferty zostały uszeregowane zgodnie z punktacją malejącą. Bazę danych systemu tworzyły przesłane w formie elektronicznej zapytania ofertowe przekazane przez oferentów, ankiety i wyniki przeprowadzonych negocjacji. Wybór oferentów następował według kolejności wynikającej z rankingu końcowego, zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu konkursowym.



W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Należy podkreślić, iż protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, ale dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk ze wszystkimi oferentami, zakwalifikowanymi do części 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

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

Nazwa oferenta	Pozycja	Pkt. cena	Pkt. ciągłość	Pkt. kompleksowość	Pkt. jakość	Pkt. dostępność	Pkt. pozostałe*	Pkt. nie cenowe	Pkt. sumarycznie	Czy wybrano ofertę
Jadwiga Grądalska, NZOZ "Medyk" w Barcicach	1	9,762	6,000	4,000	51,000	5,000	0,000	66,000	75,762	TAK
CENTRUM MEDYCZNE "BATOREGO" Sp. z o.o.	2	5,000	4,000	2,000	49,000	6,000	0,000	61,000	66,000	TAK
"ARTMED" Sp. z o.o.	3	10,000	4,000	2,000	44,500	5,000	0,000	55,500	65,500	TAK
Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka	4	8,810	6,000	0,000	39,500	5,000	0,000	50,500	59,310	TAK
Mariola Pawlak	5	8,333	6,000	6,000	32,000	5,000	0,000	49,000	57,333	TAK
Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka	6	9,762	0,000	0,000	40,000	5,000	0,000	45,000	54,762	NIE
SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. JĘDRZEJA ŚNIADECKIEGO W NOWYM SĄCZU	7	10,000	6,000	2,000	27,000	6,000	0,000	41,000	51,000	NIE
"PRAXIS" SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	8	10,000	2,000	2,000	29,000	5,000	0,000	38,000	48,000	NIE
Centrum Medyczne "Kelles"	9	6,905	0,000	0,000	35,000	5,000	0,000	40,000	46,905	NIE
CENTRUM REHABILITACJI "IMPRIMIS"	10	10,000	4,000	0,000	22,500	5,000	0,000	31,500	41,500	NIE
SPZOZ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W KRAKOWIE	11	5,000	6,000	2,000	18,000	5,000	0,000	31,000	36,000	NIE

Nazwa oferenta	Pozycja	Pkt. cena	Pkt. ciągłość	Pkt. kompleksowość	Pkt. jakość	Pkt. dostępność	Pkt. pozostałe*	Pkt. nie cenowe	Pkt. sumarycznie	Czy wybrano ofertę
NZO "REMEDIMUM" Sp. z o.o.	12	5,000	0,000	2,000	21,000	5,000	0,000	28,000	33,000	NIE

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

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

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

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.

Należy podkreślić, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych kryteriów. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku

do wszystkich biorących udział w konkursie oferentów i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od oferentów 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*.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 15 września 2017 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

Odwołujący się pismem z dnia 21 września 2017 roku wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący, w treści odwołania nie sformułował zarzutów stanowiących o naruszeniu przepisów mających zastosowanie w prowadzonym postępowaniu. Nie zostały wyartykułowane zarzuty co do naruszenia konkretnych norm prawnych, które mogłyby mieć wpływ wybór jego oferty w rozstrzygnięciu postępowania. Odwołujący w treści odwołania wskazał „(...) *pragnę podnieść następujące argumenty świadczące o spełnieniu przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie wszystkich przesłanek uzasadniających wybór złożonej oferty jako najkorzystniejszej: SP ZOZ MSWiA spełnia wszystkie wymogi konieczne, ale również dodatkowo punktowane. Zatrudniamy wysoko kwalifikowany personel oraz spełniamy wszelkie warunki lokalowe i sprzętowe pod każdym względem (...) W toku postępowania konkursowego nie mieliśmy sygnałów wskazujących na ewentualne braki naszej oferty, a wszelkie nieścisłości zostały wyjaśnione*”.

Odnosząc się do przedmiotowych zarzutów należy wskazać, iż do zawarcia umowy zostają wybrane oferty na podstawie wyniku rankingu końcowego, który jest zestawieniem generowanym przy pomocy systemu informatycznego. Ranking wskazuje do zawarcia umowy oferty od najwyżej ocenionej (1-sza pozycja w Rankingu), z zastrzeżeniem, że łączna wartość wybranych ofert nie może przekroczyć kwoty wskazanej w postępowaniu. Ocena punktowa ostatniej wybranej oferty, wyznacza tzw. „*linię odcięcia*”. Oferty z oceną punktową niższą niż wartość oferty nad linią odcięcia 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*.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że konkurs ofert ma charakter konkurencyjno-eliminacyjny, a zatem spełnianie warunków wymaganych przez większą liczbę oferentów czy też dodatkowych warunków rankingujących nie oznaczało, że wszystkie oferty zostaną wybrane do zawarcia umowy. Wartość zawartych umów nie może przekroczyć wartości przewidzianej dla danego postępowania. Z tej przyczyny w kwestionowanym przez Odwołującego postępowaniu wybranych zostało 5 oferentów, którzy wyczerpali środki finansowe przewidziane w tym postępowaniu.

Oferta Odwołującego po ocenie merytorycznej nie miała możliwości zajęcia wyższego miejsca w rankingu końcowym. Łączna ocena wybranego Oferenta z 5 miejsca w rankingu końcowym wynosiła 57,333 punkty natomiast oferta Odwołującego zajęła 11 miejsce z punktacją 36,000.

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

Odwołujący się wskazał również, że *„Oferta nasza nie została odrzucona z powodu błędów formalnych czy niespełniania warunków wymaganych. Pomimo tego, nie zostaliśmy nawet zaproszeni do negocjacji liczby i ceny świadczeń”*.

Odnosząc się do przedmiotowych zarzutów należy wskazać, iż Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie w nawiązaniu do argumentacji Odwołującego wskazuje, że komisja konkursowa nie ma obowiązku przeprowadzać negocjacji z każdym oferentem biorącym udział w postępowaniu. Zgodnie bowiem z ust. 1 § 15 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w *sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy* (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), *Do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia*. Także Ustawa w art. 142 ust. 6 wskazuje na fakultatywną, a nie obligatoryjną możliwość zaproszenia oferentów do negocjacji: *Komisja w części niejawnej 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.*

Z kolei ustęp 7 tego artykułu wskazuje, że komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. W przedmiotowym postępowaniu przeprowadzono negocjacje z 9 oferentami a nie z 2. Komisja może dokonać rozstrzygnięcia postępowania bez uprzedniego prowadzenia negocjacji ze wszystkimi oferentami i w tym postępowaniu skorzystała z tego uprawnienia. Należy zauważyć, że działania komisji konkursowej nie mają prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, którzy złożyli oferty w postępowaniu, a jedynie wyłonienie ofert najkorzystniejszych, w ramach wartości przewidzianej w danym postępowaniu.

W przypadku podjęcia decyzji o przeprowadzeniu negocjacji, komisja może przeprowadzić je ze wszystkimi lub wybranymi oferentami (z zachowaniem zasad określonych powyżej). Do negocjacji zaprasza się wyłącznie oferentów, których oferty spełniają wymagania wynikające z warunków zawierania umów oraz nie podlegają odrzuceniu z innych przyczyn. Przesłanką zaproszenia oferenta do negocjacji jest wysoka łączna ocena oferty uzyskana na podstawie kryteriów niecenowych (do negocjacji kwalifikuje się oferentów licząc kolejno od najwyższej oceny). 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 Odwołującego się znalazła się na 11 pozycji w rankingu otwarcia, a to na jego podstawie zaprasza się oferentów do negocjacji. Trzeba wskazać w tym miejscu, że komisja konkursowa zapraszając 9 Oferentów na negocjacje brała pod uwagę ww. przepisy jak również fakt, iż w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania wskazano maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń w wymiarze: 9. Warto przypomnieć, iż w przedmiotowym postępowaniu złożono 11 ofert na 12 miejsc udzielania świadczeń (Oferent Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka złożył ofertę wskazując 2 miejsca udzielania świadczeń) toteż już po wygenerowaniu rankingu otwarcia niecelowym stało się zaproszenie oferentów zajmujących 3 ostatnie miejsca (miejsca 10,11 i 12) - w tym Odwołującego się. Organ wskazuje, że liczba zawieranych umów zależy m.in. od potencjału oferenta (sprzętu, personelu, odpowiednich warunków lokalowych itp.) zawartych w zgłoszonych ofertach, który odpowiada zapotrzebowaniu Funduszu na świadczenia wymienione w ogłoszeniu o postępowaniu.

Potwierdza to także piśmiennictwo *„Oczywistością jest stwierdzenie, że wybór świadczeniodawców, z którymi będą prowadzone negocjacje, nie może odbywać się dowolnie, lecz powinien nastąpić z poszanowaniem zasady równości świadczeniodawców. Oznacza to, że nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkimi świadczeniodawcami, lecz kwalifikacja do zaproszenia na negocjacje powinna odbyć się na podstawie liczby punktów uzyskanych przez ofertę danego świadczeniodawcy i możliwości zmiany swojej pozycji rankingowej umożliwiającej wygranę konkursu ofert”*. (...) kwalifikacja podmiotów zaproszonych do rokowań nie powinna się odbywać w sposób dowolny, a zatem komisja nie może wybierać oferentów do negocjacji, dokonując "manipulacji" w ten sposób, że zaprasza do negocjacji oferentów znajdujących się na końcu listy rankingowej, pomijając zaś tych, którzy znajdują się na początku listy rankingowej, dając tym samym niektórym możliwość uzyskania dodatkowej liczby punktów w drugim etapie merytorycznej oceny oferty za obniżenie ceny. W istocie komisja konkursowa może spotkać się z kilkoma sytuacjami, a każda jej decyzja powinna być oceniana w kontekście zasady równego traktowania świadczeniodawców wyrażonej w art. 134. Podstawową wskazówką dla komisji powinno być ustalenie, czy przeprowadzenie negocjacji z konkretnym oferentem będzie prowadziło do zmiany jego pozycji w rankingu. Jeśli jego sytuacja nie zmieni się, ponieważ nie jest on w stanie osiągnąć wyższej pozycji w rankingu wskutek prowadzonych negocjacji, prowadzenie z nim negocjacji jest

beprzedmiotowe. Warto w tym miejscu wskazać, że jeżeli oferta osiągnie maksymalną liczbę punktów za cenę, to jej obniżanie nie wpływa już na ogólną wartość punktową oferty. Negocjacje są wyłącznie czynnością fakultatywną czynnością komisji (...) - Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz Autorzy: Pietraszewska-Macheta A. (red.), Kowalska-Mańkowska I., Sidorko A., Urban K. Z tego też powodu komisja nie zaprosiła do negocjacji Odwołującego się, gdyż jego oferta osiągnęła 5 punktów za cenę (na 10, 000 punktów możliwych) i jej maksymalne obniżenie podczas negocjacji nie wpłynęłoby już na zmianę pozycji oferenta w rankingu.

Odnosząc się z kolei do zarzutów, że „Nie wiemy zatem, w jakim zakresie podmioty, które wygrały konkurs, uzyskały lepszą punktację, szczególnie jeśli są to podmioty nowe, nieznanе dotychczas płatnikowi. Jak wynika z ogłoszenia maksymalna liczba umów, którą płatnik przewidział do zawarcia to 9, tymczasem w rozstrzygnięciu znalazło się 5 oferentów. Oznacza to, że płatnik MOW NFZ planował zabezpieczenia świadczeń u większej liczby oferentów, nie jest zatem zrozumiałe ograniczenie liczby umów do 5, co doprowadzi do ograniczenia dostępności do świadczeń i zmniejszenia liczby placówek udzielających świadczeń w Nowym Sączu.” trzeba wskazać, iż przy miejscu udzielania świadczeń, które znalazło się na 5 pozycji w rankingu wyczerpały się środki finansowe, które Dyrektor przeznaczył na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem konkursu ofert. Oferta skarżącego znalazła się więc poniżej tzw. „linii odcięcia”, co oznacza, że oferta nie została wybrana w rozstrzygnięciu konkursu ofert. Wypada w tym miejscu dodać, że ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazuje m.in. jaka może być maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu danego postępowania. Powyższe oznacza tylko tyle i aż tyle, że w danym postępowaniu nie może być zawartych więcej umów niż wskazano w przedmiotowym ogłoszeniu, co nie oznacza, iż nie można ich zawrzeć mniej. Trzeba mieć jednocześnie na względzie okoliczność, że liczba umów zdeterminowana jest przez kwotę określoną w ogłoszeniu o postępowaniu jako wartość zamówienia wynosząca nie więcej niż konkretnie podana w nim kwota

Oferta Odwołującego spełniała wymagane w postępowaniu warunki i nie została wybrana z powodu otrzymania za niskiej oceny punktowej. Organ przypomina, że o wyborze świadczeniodawców do realizacji umów decydują przepisy ustawowe, które nie gwarantują kontynuacji umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą, jeżeli jego oferta została oceniona niżej niż oferty pozostałych podmiotów, w tym nowych oferentów.

Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego było uzyskanie przez niego zbyt małej ilości punktów w końcowym rankingu, podczas gdy oferenci plasujący się na 5 pierwszych miejscach udzielania świadczeń w rankingu praktycznie wyczerpali pulę środków przeznaczonych przez MOW NFZ na sfinansowanie kontraktów w tym zakresie i obszarze.

Oferta Odwołującego się otrzymała mniejszą ilość punktów za kryterium „jakość” bowiem oferenci wybrani do zawarcia umów udzielili pozytywnej odpowiedzi ankietaowej m.in. na dodatkowe pytania ankietaowe dotyczące personelu i sprzętu. I tak np. Oferent, który znalazł się na 1 miejscu w rankingu końcowym za ww. kryterium uzyskał 51,000 pkt a Odwołujący się tylko 18,000 pkt.

Komisja konkursowa potwierdziła prawdziwość odpowiedzi oferenta wybranego do zawarcia umowy m.in. poprzez wezwanie oferenta do przekazania dokumentów potwierdzających dane, uprawnienia zawodowe, wskazane kompetencje, doświadczenie, harmonogram udzielania świadczeń oraz harmonogramu pracy personelu lub jego dostępności godzinowej. Oferent także udokumentował gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w ofercie. Organ przypomina, że Odwołujący się wykazał mniejszą ilość personelu oraz sprzętu w swojej ofercie. Z tego też powodu Odwołujący się uzyskał 14,000 punktów mniej za kryterium „jakość” niż ostatni wybrany oferent do zawarcia umowy.

Komisja konkursowa nie kwestionowała faktu spełniania warunków wymaganych zarówno co do posiadanego sprzętu jak i personelu udzielającego świadczeń. W przedmiotowym konkursie złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i te oferty, jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy. Komisja konkursowa postępowała 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.

Odnosząc się do argumentu, że *„SP ZOZ MSWiA ma zawartą umowę z NFZ, a wcześniej z kasami chorych od wielu lat (...)”* Organ wskazuje, że Odwołujący otrzymał za kryterium „ciągłości” maksymalną ilość punktów - 6. 000. Bowiem 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* w dniu złożenia oferty Oferent realizował na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 10 lat.

Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na 11 z 12 pozycji a do zawarcia umowy wybrano 5 oferentów posiadających potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania. Podkreślić należy, że oferta Odwołującego – uzyskując łączną ocenę 36,000 punktów była słabsza od ofert konkurencyjnych.

Komisja konkursowa w toku prowadzonego postępowania nie kwestionowała faktu spełniania przez Odwołującego się warunków wymaganych od oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu, określonych w przytoczonych powyżej przepisach, czego dowodem jest

zakwalifikowanie oferty odwołującego do części niejawnego postępowania oraz jej ocena w oparciu o przytoczone powyżej przepisy. O niewybraniu oferty Odwołującego się zdecydowało uzyskanie mniejszej ilości punktów za spełnianie warunków rankingujących. Przyznawanie dodatkowych punktów za kryteria dodatkowo oceniane ma na celu wyłonienie ofert spełniających wyższe standardy w poszczególnych kryteriach oceny oferty niż pozostali oferenci, a tym samym, zapewnienie wyższego standardu leczenia dla świadczeniobiorców.

Spełnienie wszystkich wymaganych warunków przez oferenta nie skutkuje automatycznie wyborem jego oferty, a jedynie umożliwia dokonanie oceny i porównania tej oferty z innymi. Komisja konkursowa jest zobowiązana do wzięcia pod uwagę wszystkich kryteriów oceny ofert określonych nie przez NFZ, ale przez Ministra Zdrowia w *Rozporządzeniu 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.)* zwanego dalej *Rozporządzeniem*.

Oferta Odwołującego się - jak już wskazano powyżej - otrzymała mniejszą ilość punktów za kryterium „jakość” niż oferenci wybrani do zawarcia umowy. Punkty za kryteria dodatkowo oceniane mają na celu wyłonienie ofert spełniających wyższe standardy w poszczególnych kryteriach oceny oferty niż pozostali oferenci, a tym samym, zapewnienie wyższego standardu leczenia dla świadczeniobiorców. Jednocześnie Organ wskazuje, że żadna z ofert nie otrzymała zwiększonej ilości punktów ponad te punkty, które wynikały z informacji zawartych w ofertach.

Organ przypomina, że o wyborze oferentów do realizacji umów decydują przepisy ustawowe, które nie gwarantują kontynuacji umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą, jeżeli jego oferta została oceniona niżej niż oferty pozostałych podmiotów, w tym nowych oferentów. Tym samym, bezpośrednią przyczyną niewybrania oferty Odwołującego – dotychczasowego świadczeniodawcy było zadziałanie mechanizmu konkurencyjnego przy otwarciu się rynku usług medycznych, jakie następuje co kilka lat, gdy wygasają dotychczasowe umowy i Narodowy Fundusz Zdrowia ogłasza konkursy ofert.

W przedmiotowym konkursie złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i te oferty, jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy. Komisja konkursowa postępowала 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.

W niniejszej sprawie oferent 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.

Komisja konkursowa zapewniła wszystkim oferentom ubiegającym się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej równe traktowanie, a ponadto prowadziła postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Obowiązkiem NFZ jest natomiast zabezpieczenie dostępności do świadczeń poprzez wybór najlepszych ofert, uwzględniając ich wymiar ekonomiczny. Oznacza to działanie, które pozwala na zakupienie jak największej ilości świadczeń o określonej jakości, które zapewnią dostępność do leczenia osobom ubezpieczonym.

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 wszyscy oferenci lub 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.

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 (oferent) został pozbawiony możliwości zawarcia umowy. Interes prawny oferenta należy oceniać przez pryzmat konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez określonego oferenta (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 oferentom na takich samych zasadach.

Wszyscy oferenci 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.

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

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

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

**Otrzymują:**

- 1) SPZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Krakowie, ul. Kronikarza Galla 25, 30-053 Kraków - strona składająca odwołanie,
- 2) Centrum Medyczne "BATOREGO" Sp. z o.o., ul. Batorego 77, 33-300 Nowy Sącz - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 3) Urszula Maślanka, Tomasz Maślanka, ul. Wiśniowieckiego 28, 33-300 Nowy Sącz - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 4) "ARTMED" Sp. z o.o. ul. Kazimierza Pułaskiego 8, 33-380 Krynica-Zdrój - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 5) Mariola Pawlak ul. Prusa 127g, 33-300 Nowy Sącz - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 6) Jadwiga Grądalska, Barcice 422, 33-342 Barcice Górne - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 7) Organ aa.

**Pouczenie:**

*Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938) 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).*