

**Decyzja**

z dnia 14 listopada 2017 r.

nr. 30/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 odwołaniem złożonym przez Oferenta Marię Urbaniak – zwaną dalej „*Odwolującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000759/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 06-17-000759/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 w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 61 569, 90 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 października 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 1. W postępowaniu złożono 2 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 29 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 Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 *ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu*

przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1370 ze zm.), jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

W dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 19 stycznia 1995 r., I SA 1326/93), a wręcz, że interes prawny ma wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 27 września 2001 r., I SA 2326/00). W przypadku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguła ta znajduje zastosowanie jedynie odpowiednio, bądź na zasadzie analogii. Jakkolwiek bowiem postępowania wszczęte wskutek odwołania lub skargi niezadowolonego oferenta mają charakter administracyjny lub sądowno-administracyjny, samo postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leży już poza sferą prawa administracyjnego, albowiem dotyczy cywilnoprawnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnego sposobu zawarcia tego rodzaju umowy, normowanego przepisami art. 132 i n. ustawy i uzupełniająco przepisami art. 66 i n. kodeksu cywilnego. Mamy, więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, 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 świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami (art. 134 ust. 1 ustawy). Jak słusznie wskazano w piśmiennictwie, „*pojęciem fundamentalnym dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*

jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym przyznane przez normę prawa materialnego. Interes prawny – co istotne – musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili, indywidualny oraz obiektywnie weryfikowalny. Samo zaś ustalenie interesu prawnego to nic innego, jako zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną” (A. Paszkowski, *Środki odwoławcze w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*). Jak wskazał też Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330), do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie, zatem do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Z kolei w wyroku z dnia 24 września 2008 r. (VII SA/Wa 1076/08, LEX nr 560207) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie podkreślił, iż świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może skutecznie wnieść środek odwoławczy w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia naruszy określone przepisami powszechnie obowiązującymi lub przepisami wydanymi na ich podstawie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zasady postępowania w rozumieniu materialnoprawnym (np. wymagania od świadczeniodawców) oraz proceduralnym (np. warunki prowadzonego postępowania). Ostatnim warunkiem skutecznego wniesienia przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środka odwoławczego jest istnienie związku o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy, a naruszeniem zasad postępowania (A. Paszkowski, op. cit.).

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a *Ustawy* określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-6

*Ustawy*, jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

- FIZJOMED Sp. z o.o., Skrzydlina 287, 34-625 Skrzydlina.

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 10 października 2017 roku znak: WOKSI.422.58.2017 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu a także o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 *k.p.a*. Dyrektor MOW NFZ poinformował strony o zapewnieniu czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwieniu wypowiedzenia się strony, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący zapoznał się z aktami sprawy w dniu 19 października 2017 roku, w lokalu organu administracji publicznej w obecności pracowników tego organu, zastrzegając sobie prawo do uzupełnienia odwołania oraz składania kolejnych wniosków na etapie postępowania rozpoznawczego odwołania. W dniu 20 października br. do Małopolskiego OW NFZ w Krakowie wpłynęło pismo Odwołującego się zatytułowane „*żądanie wydania dokumentów*” na podstawie art. 10 KPA wraz z wykazem dokumentacji postępowania (wybranej dokumentacji przez Odwołującego się potwierdzającej prace komisji konkursowej oraz z oferty oferenta wybranego do zawarcia umowy), które Odwołujący się chciałby odebrać osobiście. Również tego samego dnia wpłynęło pismo zatytułowane „*skarga*” wskazujące że dnia 19 października br. Małopolski OW Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie udostępnił stronie odwołującej się jedynie cząstkową dokumentację postępowania nr 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01 bez nadanych numerów stron i bez spisu treści, co według Odwołującego się „*może stanowić uzasadnione podejrzenie fałszowania dokumentacji postępowania*”.

Oferent wybrany do zawarcia umowy nie skorzystał z prawa zapoznania się z aktami sprawy.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 5 września 2017 roku na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-17-000759/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: 1209092 - Wiśniowa, na okres: od dnia 1 października 2017 do dnia 30 czerwca 2022 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 2016 r., poz. 1793 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r., nr 293, poz. 1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2011 r., Nr 293, poz. 1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1146),*
7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1522 ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.,*

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

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

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 2 oferty. Oferentami byli:

- Maria Urbaniak, Lipnik 485, 32-412 Wiśniowa ,
- FIZJOMED Sp. z o.o., Skrzydlina 287, 34-625 Skrzydlina

W dniu 20 września 2017 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 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 z zm.).

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

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

W trakcie oceny formalnej ofert komisja konkursowa nie wzywała żadnego oferenta do usunięcia braków formalnych. W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert.

W częściach: jawnej oraz niejawnej nie została odrzucona żadna oferta. 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 zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.) 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.

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.

Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała zgodnie z rozstrzygnięciem I ofertę, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.:

- FIZJOMED Sp. z o.o., Skrzydlina 287, 34-625 Skrzydlina, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Należy podkreślić, iż protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, ale dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk ze wszystkimi oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnego postępowania, stanowi podstawę do sporządzenia rankingu końcowego, którego to wyniki wprost przekładają się na ilość wybranych oferentów i stanowią podstawę do zawarcia umów. Komisja konkursowa w każdym postępowaniu

konkursowym dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z pozycją uzyskaną w rankingu końcowym, jednakże wybór liczby oferentów z którymi ma zostać zawarta umowa uzależniony jest od kwoty postępowania wskazanej w ogłoszeniu.

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

Nazwa oferenta	Pozycja w rankingu	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
<b>FIZJOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ</b>	1	5,000	49,000	2,000	6,000	6,000	2,000	65,000	70,000	Zbieżne ostateczne	TAK
<b>Maria Urbaniak</b>	2	10,000	43,000	0,000	5,000	0,000	0,000	48,000	58,000	Zbieżne ostateczne	NIE

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

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

Wszystkie czynności weryfikacyjne oferty zostały opisane szczegółowo poprzez sporządzenie przez Komisję konkursową protokołów oceny oferty pod względem spełnienia warunków formalno – prawnych.

Organ ustalił, że oferta Odwołującego się spełniała wymagane warunki oraz została zaproszona do negocjacji. Natomiast po negocjacjach, które stanowią część niejawną postępowania, sporządzono ranking końcowy. Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na 2 pozycji, a do zawarcia umowy w/w postępowania wybrano 1 oferenta posiadającego potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie całej wartości ogłoszonego postępowania.

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.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 29 września 2017 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

Odwołujący się pismem z dnia 3 października 2017 roku wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania, w którym zarzucił naruszenie przepisów mające wpływ na wynik postępowania:

*Nie dopełnienie obowiązku przez (...) Komisję nr 17/REH/0385 oraz nr 17/REH/0759 jako organu Państwowego w zakresie prawidłowego dysponowania Środkami Publicznymi przez nie przeprowadzenie obowiązkowej kontroli oferenta pn. Fizjomed Sp. z o.o., 063/200290 tj. nie przeprowadzenia weryfikacji danych szczegółowych zawartych zarówno w formularzu ofertowym do postępowania nr: 06-17- 000385/REH/05/1105.1310.208.02/01 jak i w formularzu ofertowym do postępowania nr: 06- 17-000759/ REH/05/1/05.1310.208.02/01 [sprawdzenia pomieszczeń a zwłaszcza urzędzeń do hydroterapii], potwierdzającej spełnienie wymogów określonych w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z dnia 12.12.2013 r. ze zm.) a także wymagań dot. personelu a zwłaszcza specjalisty w dziedzinie fizjoterapii z co najmniej 3 - letnim doświadczeniem do czego obligowały Organ pyt. ankietowe nr 1.5.1.1., 1.2.1 o których mowa w art.4 ust. 4 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 25.09.2015r. o zawodzie fizjoterapeuty i art. 13 ust. ] pkt. 5 lit. b i c tej ustawy zgodnie z zał. nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. (dz. U.*

2013.1522 ze zm.). Zgodnie z pouczeniem uzasadniającym odrzucenie oferty nr: 06-17-000385/REH/05/1105.1310.208.02/011110405 z dnia 28 sierpnia 2017 r., Organ nie dopełnił czynności formalno - prawnych kontroli w miejscu udzielania świadczeń przez Sp. z o.o. Fizjomed, 063/200290 do czego był zobligowany § 5 w zw. z § 9 Zarządzenia Nr 18/2017/0S0Z Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14.03.2017r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.) tj. szczegółowej weryfikacji ww. Oferenta obowiązanej do przygotowania i złożenia oferty spełniającej warunki zawierania umów, zgodnie z przepisami ww. zarządzenia oraz wymaganiami określonymi m.in. w ogłoszeniu o postępowaniu a dotyczącymi - lokalu i pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury zgodnie z danymi przedstawionymi w ofercie oraz oświadczeniach zgodnie ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

- Naruszenie przepisów art. 134 ust. 1 Ustawy o Świadczeniach Opieki Zdrowotnej Finansowanych ze Środków Publicznych, poprzez nierówne traktowanie oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu, przez zastosowanie kryterium ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kryterium kontynuacji świadczeń, które jest sprzeczne zarówno z nałożonym na Fundusz w art. 134 ust. 1 ustawy obowiązkiem zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Uniemożliwienie oferentowi realizacji świadczeń opieki w przedmiotowym zakresie w ramach posiadanych zasobów tj. specjalistycznej i nowoczesnej bazy oraz sprzętu do rehabilitacji- tj.

A - zestawu do biostymulacji laserowej PoIaris 2, I B - Lampy terapeutycznej Lumina, C - Ugulu z pełnym osprzętem, D - Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych, I E - Zestawu do elektroterapii z osprzętem Etius U, F - Zestawu do kriostymulacji parami azotu, G - Zestawu do ultradźwięków Sonaris S, H - Zestawu do magnetoterapii Magner plus, I - 5 stolów zabiegowych oraz 2 stolów do ćwiczeń manualnych a także wyspecjalizowanej kadry z ponad 3 i 10 - letnim stażem pracy w zawodzie fizjoterapeuty wraz ze specjalistą w dziedzinie fizjoterapii z ponad 10 - letnim doświadczeniem w lecznictwie stacjonarnym, a przede wszystkim odrzucenia przez Komisję Nr 17/REH/0759 oferty cenowej oraz dostępności świadczenia usług, co świadczy o braku rzetelności i braku poczucia odpowiedzialności jako urzędników Państwowych w zakresie dysponowania Środkami Publicznymi co jednoznacznie stanowi sprzeniewierzenie się dobru i interesowi Pacjenta.

Jednocześnie Odwołujący wniósł o: udostępnienie do wglądu całości dokumentacji ofert złożonych przez sp. z o.o. Fizjomed w postępowaniach nr: 06-17-000759/REH/05/1/05.13.208.02/01 06-17-000385/REH/05/1/05.1310.208.02/01 a także o uwzględnienie odwołania i przeprowadzenie z nim na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy postępowania w trybie rokowań.

W dniu 7 listopada 2017 r. Odwołujący się po przekazaniu ww. dokumentacji z wniosku z dnia 20 października złożył wcześniej przygotowane pismo zatytułowane „zarzuty formalne” w którym stwierdza że Organ wydał Odwołującemu się jedynie „częstkowe nieponumerowane i 'wolno-fruwające' skopiowane karty prawdopodobnie z postępowania nr: 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01 - bez pisma przewodniego, które uprawdopodobniłoby oznaczenie przedmiotowego odwołania tj. sygnaturę/znak sprawy a także wiarygodność, że wydane kserokopie dokumentów dotyczą nn. odwołania. Powyższe jednoznacznie stanowi uchybienie formalne w prowadzonym postępowaniu odwoławczym a także może stanowić uzasadnione podejrzenie fałszowania dokumentacji postępowania nr: 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01.”

W dniu 14 listopada 2017 r. do Małopolskiego OW NFZ w Krakowie, wpłynęło kolejne pismo Odwołującego się datowane na 8 listopada br. zatytułowane „skarga”, którym Odwołujący się wskazuje, że „po dokładnej analizie wydanych materiałów (...) w dniu 07.11.2017 r. stwierdzam, że wydane karty nie są zgodne z 'protokołem przekazania' z dnia 07,11.2017 r., gdyż oszukano mnie poprzez nieprawidłowe wydanie podwójnej kopii zał. nr 27. natomiast nie wydano stronie odwołującej się w dniu 07.11. 2017 r. wraz z protokołem-zawnioskowanego przez stronę odwołującą pod nr 26 pisma z dnia 19.10.20 17 r., tj. - pisma z dnia 26 września 2017 r., znale 063/200290-17/REH/0759-2 skierowanego przez Komisję konkursową nr 17/REH/0759 do Sp. z. o.o. Fizjomed 34-625 Skrzydlna 287 Powyższe stanowi uchybienie formalne w prowadzonym postępowaniu odwoławczym a także może stanowić uzasadnione podejrzenie fałszowania dokumentacji postępowania nr: 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01”.

Odnosząc się do powyższych zarzutów na wstępie należy pokreślić, że przedmiotem niniejszego postępowania odwoławczego jest postępowanie nr 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01, a nie unieważnione w dniu 28 sierpnia br. na podstawie art. 150 pkt. 2 ust. 2 *Ustawy* postępowanie nr 06-17-00385/REH/05/1/05.1310.208.02/01, dlatego Organ nie może rozpatrzyć zarzutów dotyczących protokołu wizytacji ponieważ zarzuty te dotyczą innego postępowania. Równocześnie Organ przypomina, iż sam Odwołujący się na etapie prowadzonego postępowania nr 06-17 00385/REH/05/1/05.1310.208.02/01 nie wnosił w tej kwestii żadnych zastrzeżeń, w szczególności w formie umotywowanego protestu przewidzianego art. 153 *Ustawy* w terminie siedmiu dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności

Nie mniej jednak w odpowiedzi na pismo Odwołującego się z dnia 20 października 2017 r. stanowiące wniosek o udostępnienie informacji publicznej, Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie przekazał wnioskowaną informację w postaci kopii

dokumentacji z postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o nr 06-17-000385/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wraz ze zanonimizowaną ofertą, złożoną przez Fizjomed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 34-625 Skrzydlina 287, w części nie zastrzeżonej przez Oferenta w *Oświadczeniu zał. nr 8 Zarządzenia o zastrzeżeniu informacji stanowiącej tajemnicę przedsiębiorcy*.

Ponadto Organ wskazuje, że zgodnie z art. 152 pkt. 2 ust 3 *Ustawy* środki odwoławcze nie przysługują na m.in. unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odnosząc się zatem do zarzutów przedstawionych do postępowania nr 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Organ wskazuje, że zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach. Dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich oferentów.

Kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od oferentów jak wykazano powyżej, były jawne i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Ocena ofert, w tym oferty Odwołującego, odbywała się o enumeratywnie określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste. W przywołanym rozporządzeniu 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 z późniejszymi zmianami, wskazane zostało z jakimi okolicznościami przypisanymi poszczególnym kryteriom oceny wiążą się określone ilości punktów.

W toku postępowania komisja konkursowa przeprowadziła badanie ofert, w tym oferty Odwołującego się i ustaliła, że złożona oferta spełnia warunki wymagane od świadczeniodawców. Komisja konkursowa nie kwestionowała faktu spełniania warunków wymaganych zarówno co do posiadanego sprzętu jak i personelu udzielającego świadczeń. Zdaniem Organu ocena ofert, w tym oferty Odwołującego się odbywała się poprzez określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste. Komisja konkursowa nie była zobowiązana do przeprowadzenia wizytacji miejsca udzielania świadczeń u oferenta – FIZJOMED Sp. z o.o., Wiśniowa 317/2 32 – 412 Wiśniowa, ponieważ zgodnie z § 17 ust. 2 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 może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa. Przepis ten formułuje zatem uprawnienie, a nie obowiązek, komisji konkursowej do przeprowadzenia kontroli. Jednocześnie - na etapie konkursu - w ocenie komisji nie zaistniały przesłanki, które uzasadniałyby skierowanie wizytacji do wszystkich oferentów biorących udział w tym postępowaniu.

Komisja konkursowa rozstrzygając postępowanie w trybie konkursu ofert, bierze pod uwagę potencjał wykonawczy świadczeniodawcy, czyli zasoby będące w jego dyspozycji służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz posiadany sprzęt.

Komisja konkursowa potwierdzała prawdziwość odpowiedzi ankietowych oferentów m.in. poprzez wezwanie oferentów do przekazania dokumentów potwierdzających dane, uprawnienia zawodowe, wskazane kompetencje, doświadczenie, harmonogram udzielania świadczeń oraz harmonogramu pracy personelu lub jego dostępności godzinowej. Oferenci także udokumentowali gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w ofercie. Jednocześnie Organ informuje, że ocena kwalifikacji, jak i przedstawionych harmonogramów wykazanego w ofercie personelu jest jednym z zadań komisji konkursowej i w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości oferenci wzywani byli do szczegółowych wyjaśnień.

Ponadto na podstawie zastrzeżenia zawartego w § 17 ust. 5 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 zawnioskowała do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie o odstąpienie od procedury przeprowadzenia weryfikacji u oferentów w miejscu udzielania świadczeń, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta. Dyrektor Małopolskiego NFZ w Krakowie wyraził zgodę na odstąpienie od ww. obowiązku w odniesieniu do Odwołującego się oferenta Marii Urbaniak w postępowaniu nr 06-17-000759/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna, ponieważ planowane miejsca znajdują się w budynku, który jako nowe miejsce udzielania świadczeń był przedmiotem wizytacji, w dniu 4 sierpnia br. (w unieważnionym postępowaniu nr 06-17-000385/REH/05/1/05.1310.208.02/01) w tym spełnienia wymogów w zakresie zapewnienia dostępu do miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych.

W trakcie wizyty zweryfikowano zasoby wraz z paszportami technicznymi oraz kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń. Dodatkowo do wglądu przedstawiono umowę najmu lokalu użytkowego oraz decyzję pozwolenia na użytkowanie obiektu budowlanego, w którym mają być udzielane świadczenia. Jednocześnie Dyrektor Oddziału poinformował o tym fakcie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie.

Niezależnie od powyższego Organ wskazuje, że zgodnie z art. 147 *Ustawy* kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców nie uległy zmianie w toku postępowania oraz były stosowane w sposób jednakowy wobec wszystkich świadczeniodawców.

Odwolujący, a także oferent wybrany do zawarcia umowy w ramach złożonej oferty dołączył oświadczenie o zapoznaniu się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów, zgodne z załącznikiem nr 3 do zarządzenia nr *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.* i nie zgłaszał do nich zastrzeżeń i przyjął je do stosowania, co potwierdza, że miał pełną wiedzę dotyczącą zasad i kryteriów oceny ofert, którymi kieruje się komisja konkursowa.

Komisja konkursowa w trakcie trwania postępowania – na każdym jego etapie – zobowiązana jest podejmować czynności z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich Oferentów, ponadto w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy konkursu ofert składają oferty na tożsamych zasadach – stosowane są jednolite kryteria oceny ofert, jednolite warunki realizacji świadczeń, jednolite szablony postępowań dla każdego oferenta. Komisja konkursowa zaprosiła na negocjacje oferentów, których oferty spełniały wymagania wynikające z warunków zawierania umów oraz nie podlegające odrzuceniu z innych przyczyn. Kolejność zaproszenia wynikała z uzyskanej łącznej liczby punktów zgodnie z rankingiem otwarcia – sporządzonym na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet.

Odnosząc się dalej do zarzutu naruszenia 134 ust. 1 *Ustawy* poprzez „zastosowanie kryterium kontynuacji świadczeń” Organ wskazuje, że punkty za kryterium „ciągłość”, przyznawane są za czas nieprzerwanej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe premiuje oferentów już realizujących na danym obszarze kontraktowania proces udzielania świadczeń odpowiednio do czasu jego trwania. Większa liczba punktów rankingujących przyznawana jest tym oferentom, którzy od dłuższego czasu zapewniają prawidłową organizację i kontynuację udzielania świadczeń na danym terenie.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje nie tylko ciągłość udzielanych świadczeń, ale także ich dostępność,

jakość, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją; ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Odwołujący przystępując do postępowania w sprawie zawarcia umowy w rodzaju rehabilitacja lecznicza złożył oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu oraz że nie zgłasza do nich zastrzeżeń i przyjmuje je do stosowania, co wskazuje na okoliczność, że znał m.in. kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, którymi posługiwała się komisja przy ocenie i wyborze ofert. Już więc na tym etapie miał wiedzę, że ocenie w postępowaniu podlegać będzie również ciągłość udzielania świadczeń. Pomimo to nie zgłosił żadnych zastrzeżeń i przyjął również i w tym zakresie do stosowania zasady oceny ofert. Podkreślenia wymaga, że zasadę równego traktowania oferentów i zapewnienia zachowania uczciwej konkurencji należy sprowadzić do generalnego nakazu stworzenia jednakowych możliwości udziału w konkursie, w tym pozyskiwania wszelkich danych i informacji dotyczących postępowania konkursowego, warunków jego przeprowadzania, dostępu do informacji ze strony organu, a także zastosowanie jednakowych kryteriów i metod oceny składanych ofert, zapewnienie jednakowych warunków udziału w negocjacjach itp. (Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 16 października 2015r. II GSK 2006/14).

Organ wskazuje, że definicja kompleksowości odnosi się do jednego z kryteriów oceny ofert określonego w art. 148 *Ustawy* i zostało zdefiniowane na potrzeby prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. *Głównym celem definiowania tego kryterium było odróżnienie go od pojęcia ciągłości, które przed wejściem w życie nowelizacji z dnia 11 października 2013 r. było zbliżone w treści do kryterium ciągłości. Przez kryterium kompleksowości należy rozumieć co najmniej takie elementy, jak możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji oraz strukturę świadczeń opieki zdrowotnej, tj. możliwość realizacji wszystkich objętych umową z Narodowym Funduszem Zdrowia w danym zakresie świadczeń jednostkowych (tzw. produktów rozliczeniowych) przypisanych do danego zakresu świadczeń. Możliwość ta powinna być oceniana na podstawie posiadanie niezbędnego potencjału (sprzęt, personel, odpowiednie warunki lokalowe itp.). Wartości punktowe poszczególnych parametrów tego kryterium określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kryteriów oceny ofert. (Kowalska-Mańkowska I., Pietraszewska-Macheta A., Sidorko A., Urban K. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz).*

Odnosząc się do zgłoszonego zarzutu podkreślenia wymaga, że Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa przeprowadziła analizę porównawczą ofert biorących udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 148 ustawy według następujących kryteriów wyboru ofert:

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

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Artykuł ten dotyczy kryteriów porównywania ofert, stosowane w postępowaniu kryteria zapewniły obiektywne porównanie oferty a ciągłość udzielania świadczeń jest więc jednym z kryteriów porównania złożonych ofert, biorących udział w postępowaniu o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Kryteria te zostały uszczegółowione w załączniku 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.)*. Zdaniem Organu nieuzasadniony okazał się również zarzut naruszenia art. 134 ust. 1 *Ustawy*.

Odpowiadając na zarzut dotyczący „*uniemożliwienia Oferentowi Maria Urbaniak realizacji świadczeń opieki w przedmiotowym zakresie w ramach posiadanych zasobów tj. specjalistycznej nowoczesnej bazy oraz sprzętu do rehabilitacji (...) a także wyspecjalizowanej kadry z ponad 3 i 10 - letnim stażem pracy w zawodzie fizjoterapeuty wraz ze specjalistą w dziedzinie fizjoterapii z ponad 10 - letnim doświadczeniem w leczeniu stacjonarnym a przede wszystkim odrzucenia przez Komisję Nr 17/REH/0759 oferty cenowej oraz dostępności świadczenia usług, co świadczy o braku rzetelności i braku poczucia odpowiedzialności jako urzędników Państwowych w zakresie dysponowania Środkami Publicznymi co jednoznacznie stanowi sprzeniewierzenie się dobru i interesowi Pacjenta*”.

Organ wskazuje, że o wyborze ofert, w przedmiotowym postępowaniu zadecydowały punkty uzyskane za kryterium jakości i ceny. Parametry te zostały ustalone w sposób jednakowy dla wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. W ramach tych parametrów nie są badane takie okoliczności

jak: " *specjalistyczna nowoczesna baza oraz sprzętu do rehabilitacji* " czy „*wyspecjalizowanej kadry*”

Wzięcie pod uwagę parametrów jakie sugeruje Odwołujący naruszałoby zasadę równego traktowania wszystkich oferentów i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Jednocześnie Organ wskazuje, że komisja konkursowa pozytywnie oceniła wykazany przez Odwołującego się sprzęt oraz pomieszczenia w ofercie tj. :

Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji, zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń, salę gimnastyczną stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń, przebieralnie dla świadczeniobiorców stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń. a także personel tj.: magistra fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu, specjalistę w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu oraz zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.

Ponadto komisja konkursowa przy ocenie oferty bierze pod uwagę strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń. Dodatkowo w przypadku złożenia oferty przez świadczeniodawcę, który posiadał umowę w tym zakresie komisja dokonuje analizy oferowanej liczby i ceny świadczeń w szczególności w oparciu o dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu, oraz wykonanie świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Organ podkreśla również, że dokonał wnikliwej analizy oraz potwierdził posiadanie przez oferentów zgłoszonego w ofercie sprzętu. Organ wskazuje, że liczba zawieranych umów zależy m.in. od potencjału oferenta (sprzętu, personelu, odpowiednich warunkach lokalowych itp.) zawartych w zgłoszonych ofertach, który odpowiada zapotrzebowaniu Funduszu na świadczenia wymienione w ogłoszeniu o postępowaniu.

Organ przypomina, że zgodnie z art. 135 ust. 2 pkt 2 *Ustawy* 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 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.), wskazane jest, 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 8 do zarządzenia nr 18/2017/DSOZ ze zm. Zastrzeżenie dotyczące wyłączenia jawności oferty winno w sposób niebudzący wątpliwości określać informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy. Komisja konkursowa może okazywać stronom postępowania administracyjnego, tylko dane nie zastrzeżone przez oferentów. Jednocześnie zastrzeżenie nie może mieć jednak charakteru zastrzeżenia ogólnego – zastrzeżenie całości oferty.

Całkowicie nieuzasadnione jest twierdzenie Odwołującego, że zastrzeżenie tajemnicy przedsiębiorcy „*stanowi świadomie naruszenie przez Organ norm ustawowych*” co miałoby uniemożliwić pełną ocenę i weryfikację złożonych przez oferentów ofert. Oferty te są zarówno przez komisję konkursową, jak i przez organ odwoławczy, oceniane w całości. Całe oferty są włączone do akt postępowania administracyjnego (stronom udostępnia się je jednak z wyłączeniem elementów zastrzeżonych jako tajemnica przedsiębiorcy) i tak było w przypadku udostępnienia dokumentacji w dniu 19 października 2017 r. Odwołującemu przedstawiono załącznik nr 8 do zarządzenia nr 18/2017/DSOZ ze zm., w którym oferent wybrany do zawarcia umowy zastrzegł: *Wykaz personelu, Wykaz pomieszczeń, Wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców, Ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, Harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową oraz Ankiety dotyczące danego postępowania w części zawierającej informacje zastrzeżone, wskazane w l.p. 1-9.*

Organ wskazuje, że postępował zgodnie z aktualnym orzecznictwem Naczelnego Sądu Administracyjnego (Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9 marca 2017 r. II GSK 1784/15) „*(...) oświadczenie o zastrzeżeniu tajemnicy przedsiębiorcy można było złożyć wraz z ofertą, ale też osobno - najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Skoro możliwość zastrzeżenia informacji zawartych w ofertach przewidział sam ustawodawca, a sposób dokonania takiego zastrzeżenia został doprecyzowany w Zarządzeniu Prezesa NFZ, które znane było oferentom jeszcze przed przystąpieniem do postępowania konkursowego, to nie sposób czynić organowi zarzutu, że przestrzegal obowiązujących regulacji.*

Odpowiadając na zarzut „*odrzućenia oferty cenowej*” Organ wskazuje, że jest to zarzut niezrozumiały bowiem Odwołujący się otrzymał za kryterium „cena” maksymalną ilość punktów tj. punktów - 10, 000. Natomiast oferent wybrany do zawarcia umowy otrzymał za kryterium cena 5,000 punktów.

Podsumowując zarzuty należy stwierdzić, że oferta Odwołującego się nie została wybrana z powodu niemożności uzyskania punktów za kryterium „kompleksowość”, ale z powodu uzyskania

mniejszej ilości punktów za kryterium „jakość” oraz nie otrzymania punktów za kryterium „ciągłość”. Organ wskazuje, że różnica punktowa w rankingu końcowym po zsumowaniu wszystkich kryteriów oceny ofert wyniosła aż 12, 000 pkt.

Należy wskazać, że Odwołujący się jest „nowym” oferentem nie realizującym na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu fizjoterapia ambulatoryjna, dlatego nie mógł otrzymać punktów za kryterium *ciągłości*, ponieważ w dniu złożenia oferty oferent nie realizował na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie. Punkty za to kryterium, przyznawane są za czas nieprzerwanej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe premiuje oferentów już realizujących na danym obszarze kontraktowania proces udzielania świadczeń odpowiednio do czasu jego trwania. Większa liczba punktów rankingujących przyznawana jest tym oferentom, którzy od dłuższego czasu zapewniają prawidłową organizację i kontynuację udzielania świadczeń na danym terenie.

Ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej rozumie się 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. Kryterium to nagradza oferty oferentów realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, bowiem każda zmiana oferenta udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego oferenta powinna zatem być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany.

Potwierdza to także aktualne orzecznictwo Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9 sierpnia 2017 r. (sygn.. II GSK 3333/15) w którym stwierdza, że *„kryterium ciągłości nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. Szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeby zmiany oferenta”*.

Ponadto oferent wybrany do zawarcia umowy otrzymał 2,000 pkt. bowiem odpowiedział twierdząco na pytanie numer 1.6.1.1 tj. współpraca z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji - realizacja umowy, o której mowa w art. 31lc ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania oraz przedstawił umowę z Agencją

nr AOTMiT/158/T/23 z dnia 30 stycznia 2017 r. a także posiada certyfikat ISO 9001 oraz certyfikat ISO 27 001 co daje łącznie 2,000 pkt.

Odnosząc się do zarzutów przedstawionych w piśmie z dnia 20 października (skargi) oraz z 7 listopada br. Organ wskazuje, że Odwołującemu się wydane zostały stronie dokładnie te dokumenty i załączniki, o które wnioskował pismem z dnia 20 października, dlatego niezrozumiałe są zarzuty wymienione w tym piśmie. Organ przypomina że Odwołujący wniósł o osobiste wydanie tych dokumentów.

Organ przypomina również, że z regulacji zawartej w art. 73 § 1 KPA wynika, że organ administracji publicznej obowiązany jest w każdym stadium postępowania umożliwić stronie przeglądanie akt sprawy oraz sporządzanie notatek i odpisów. W literaturze przedmiotu i judykaturze dominuje stanowisko, wedle którego organ administracji publicznej nie jest obowiązany do przesyłania kserokopii akt administracyjnych. Strony mogą zatem w każdym czasie przeglądać akta sprawy oraz sporządzać z nich notatki i odpisy. Niemniej jednak, organ administracji nie ma obowiązku sporządzania kserokopii z akt sprawy i wręczania ich stronie.

Nie mniej jednak zgodnie z prośbą Odwołującego ustalony został telefonicznie dogodny dla niego termin udostępnienia akt na dzień 3 listopada br., na który się nie stawił. Odwołujący natomiast pojawił się bez umówionego terminu w Małopolskim OW NFZ w Krakowie w dniu 7 listopada 2017 r., gdzie przekazano mu dokładną i pełną kserokopię dokumentacji, o którą wniósł w dniu 20 października br. wraz z protokołem, który podpisał. W protokole tym było oznaczenie sprawy, data, nr postępowania którego dotyczy wraz z dokładnym wymienieniem dokumentów przekazywanych (numer strony, numer załącznika nr postępowania etc.). W przypadku dokumentacji potwierdzającej prace komisji konkursowej ponadto podana jest data i czas automatycznej generacji danego dokumentu. Organ wskazuje również, że nie ma przepisu nakazującego numerację akt postępowania odwoławczego. Nie mniej jednak przedstawiciele Organu już przy pierwszym spotkaniu przypomnieli Odwołującemu się, że wszystkie strony oferty każdego oferenta, w tym także Fizjomed Sp. z o.o. są ponumerowane przez samego oferenta i zaparafowane przez niego zgodnie z § 10. pkt. 2 ust w zw. z § 12 pkt. 2 ust. 5 zarządzenia 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. Odwołujący się również w ten sposób numerował swoją ofertę, mimo tego zaznaczył w protokole, że są to „częstkowe akta”, dlatego zdaniem Organu bezzasadne są zarzuty z pisma z dnia 7 listopada w szczególności że zostało ono przygotowane przed przekazaniem Odwołującemu się wnioskowanej dokumentacji.

Odpowiadając natomiast na zarzuty ze skargi z dnia 8 listopada br. Organ wskazuje, że Odwołujący się nie wniósł w piśmie „*żądanie wydania dokumentów*” z dnia 19 października o przekazanie pod nr 26 pisma z dnia 19.10.2017 r., tj. - pisma z dnia 26 września 2017 r., znak 063/200290-17/REH/0759-2 skierowanego przez Komisję konkursową nr 17/REH/0759 do Sp. z o.o. . Fizjomed 34-625 Skrzydlina 287 dlatego należy uznać ten zarzut za nieuzasadniony. Do zarzutu „*falszowania dokumentów*” Organ odniósł się już powyżej opisując prace komisji konkursowej.

Natomiast ustosunkowując się do zarzutu „*nieprawidłowego wydania podwójnej kopii zał. nr 27*”, Organ wskazuje, że jest to zarzut bezzasadny, bowiem Odwołujący się już dnie udostępnił do wglądu dokumentacji postępowania tj. 19 października br. poinformowany został, że załącznik numer 27 – „*Ranking otwarcia z propozycjami Funduszu*” do „*Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*” generowany jest automatycznie przez system wspomagający pracę komisji konkursowej wraz z datą, godziną generacji, numerem strony, numerem załącznika oraz numerem postępowania. Załącznik ten drukuje się w dwóch niejednakowych egzemplarzach z różną godziną wydruku, i takie zostały przekazane Odwołującemu się oraz potwierdzone przez niego protokołem przekazania dokumentacji w dniu 7 listopada 2017 r.

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 świadczeniodawców i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania.

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. W niniejszej sprawie świadczeniodawca złożył konkretną ofertę, która podlegała ocenie komisji konkursowej. Oferta

zawierała dane, na podstawie których miała zostać oceniona przez komisje konkursową. W wyniku przeprowadzonej oceny oferta skarżącego nie została wybrana.

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

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

Reasumując Organ przypomina, że do skutecznego wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia nie wystarcza samo istnienie interesu prawnego, lecz jest także konieczne wystąpienie uszczerbku w tym interesie na skutek nieprawidłowości przebiegu postępowania. Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania będzie więc występował wtedy, gdy naruszenie przez podmiot prowadzący to postępowanie określonych zasad postępowania spowodowało, że uczestnik postępowania (świadczeniodawca) został pozbawiony możliwości zawarcia umowy. Interes prawny świadczeniodawcy należy oceniać przez pryzmat konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez określonego świadczeniodawcę (wystąpienia uszczerbku jego interesu prawnego).

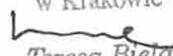
Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz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

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

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.

p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie

  
Teresa Biela

Decyzje otrzymują:

1. Maria Urbaniak, Lipnik 485, 32-412 Wiśniowa - strona składająca odwołanie
2. FIZJOMED Sp. z o.o., Skrzydlina 287, 34-625 Skrzydlina - strona wybrana do zawarcia umowy,
3. Organ a/a

Pouczenie:

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