

REH.FSZ

Decyzja

z dnia 24 października 2017 r.

nr 45/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 Ewę Małczak, Piotra Małczak „Medica” s.c. – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000295/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 06-17-000295/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 1 205 528, 10 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: 8. W postępowaniu złożono 10 ofert na 11 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. 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 tj. Ewa Małczak, Piotr Małczak „Medica” s.c. oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

- 1) Anna Pagacz Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów
- 2) M. Mielak, S. Zwolenik "GERONIMO" Spółka Jawna, ul. Mościckiego 14, 33-100 Tarnów,
- 3) Jan Musiał Mościckie Centrum Medyczne, Sp. z o.o. ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów,
- 4) Anna Czech Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, SPZOZ w Tarnowie ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów,
- 5) Marta Owczyńska CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SPZOZ w Tarnowie, Pl. Dworcowy 6, 33-100 Tarnów.

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 20 września 2017 roku znak: WOKSI.422.14.2017 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.

Pełnomocnik Odwołującego zapoznał się z aktami sprawy w dniu 29 września 2017 roku, nie wnosząc uwag do przedłożonej dokumentacji. Oferenci wybrani do zawarcia umowy nie skorzystali z prawa zapoznania się z aktami sprawy.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-17-000295/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 06-17-000295/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: 1263 Tarnów 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 10 ofert. Oferentami byli:

- 1) Brunon Lalik - SPZOZ ZOZ MSWiA w Krakowie,
- 2) Ewa Mańczak, Piotr Mańczak „Medica s.c.
- 3) Anna Pagacz - Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., (oferent złożył ofertę na 2 miejsca udzielania świadczeń),
- 4) M. Mielak, S. Zwolenik "GERONIMO" Spółka Jawna,
- 5) Jan Musiał Mościckie Centrum Medyczne, Sp. z o.o.,
- 6) Anna Czech - Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, SPZOZ w Tarnowie
- 7) Marta Owczyńska CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SPZOZ w Tarnowie,
- 8) Anna Wójcik-Hirsz Spółdzielnia Socjalna BIOVITAMED
- 9) Marcin Turak
- 10) Jerzy Patroński - Miejska Przychodnia Lekarska Nr VI Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.

W dniu 20 lipca 2017 r. komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze, stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 z zm.).*

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

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

W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa 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 oferentów biorącego udział w postępowaniu:

- "GERONIMO" M. Mielak, S. Zwolenik Spółka Jawna
- Miejska Przychodnia Lekarska nr VI Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.,
- Spółdzielnia Socjalna BIOVITAMED.

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

Przeprowadzając kontrolę oferentów komisja dokonuje w szczególności sprawdzenia:

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

Do części niejawnej postępowania – negocjacji nie zostało zakwalifikowanych 2 oferentów, w tym oferta Odwołującego, ponieważ negocjacje dotyczące ceny i ilości świadczeń nie mogłyby zmienić pozycji tych oferentów w rankingu a więc nie miały wpływu na zwiększenie szans zawarcia umowy.

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

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

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

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

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

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

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

- 1) Anna Pagacz Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., (wybrane do zawarcia umowy zostały obydwa miejsca udzielania świadczeń wykazane w ofercie)
- 2) M. Mielak, S. Zwolenik "GERONIMO" Spółka Jawna,
- 3) Jan Musiał Mościckie Centrum Medyczne, Sp. z o.o.
- 4) Anna Czech Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, SPZOZ w Tarnowie
- 5) Marta Owczyńska CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SPZOZ w Tarnowie, które znalazły się w rankingu końcowym, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

Wszystkie czynności weryfikacyjne oferty zostały opisane szczegółowo poprzez sporządzenie przez komisję konkursową protokołów oceny oferty pod względem spełnienia warunków formalno – prawnych. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 15 września 2017 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

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 świadczeniodawcy	Pozycja	Pkt. cena	Pkt. ciągłość	Pkt. kompleksowość	Pkt. jakość	Pkt. dostępność	Pkt. pozostałe*	Pkt. nie cenowe	Pkt. sumarycznie	Czy wybrano ofertę
Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o. ul. Mostowa	1	5,000	6,000	4,000	50,000	5,000	2,000	67,000	72,000	TAK
"GERONIMO" M. Mielak, S. Zwolenik Spółka Jawna	2	9,762	0,000	4,000	52,000	6,000	0,000	62,000	71,762	TAK
Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o. ul. Marii Skłodowskiej-Curie	3	5,000	6,000	4,000	46,000	5,000	2,000	63,000	68,000	TAK
Mościckie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	4	6,429	6,000	2,000	32,000	5,000	2,000	47,000	53,429	TAK
Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, SPZOZ w Tarnowie	5	7,381	6,000	4,000	30,000	5,000	0,000	45,000	52,381	TAK
CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SPZOZ W TARNOWIE	6	10,00	4,000	2,000	30,000	6,000	0,000	42,000	52,000	TAK
Spółdzielnia Socjalna BIOVITAMED	7	10,00	0,000	0,000	31,000	6,000	0,000	37,000	47,000	NIE
Marcin Turak	8	9,762	4,000	0,000	27,000	6,000	0,000	37,000	46,762	NIE
SP ZOZ MSWiA w Krakowie	9	10,00	6,000	2,000	21,000	5,000	0,000	34,000	44,000	NIE
Miejska Przychodnia Lekarska Nr VI Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.	10	9,762	0,000	2,000	19,000	6,000	0,000	27,000	36,762	NIE
NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska "MEDICA"	11	9,762	6,000	2,000	18,000	0,000	0,000	26,000	35,762	NIE

* Współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311e 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 określona 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.

Organ poczynił ustalenia faktyczne i ustalił, że oferta Odwołującego spełniała wymagane warunki wymagane. Natomiast po negocjacjach, które stanowią część niejawną postępowania, sporządzono ranking końcowy, gdzie oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na ostatniej 11 pozycji, a do zawarcia umów w/w postępowania wybrano 5 oferentów, posiadających potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie 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.

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. 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*.

Odwołujący się pismem z dnia 18 września 2017 roku (wpływ do Oddziału w dniu 19 września) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący w swym odwołaniu nie wykazał naruszenia przez komisję konkursową przepisów prawa, nie wskazał też nieprawidłowości w przedmiotowym postępowaniu, które mogłyby mieć wpływ wybór jego oferty w rozstrzygnięciu postępowania zaznaczył jednak, że „(...) w toku postępowania konkursowego z zakresu: fizjoterapia ambulatoryjna, od dnia 11 września byliśmy w stałym kontakcie telefonicznym i mailowym z NFZ i udzielano nam informacji o konieczności stawienia się na negocjacje, o których terminie mieliśmy być w najbliższym czasie poinformowani. Pomimo naszego zainteresowania spotkaniem negocjacyjnym, nie zostaliśmy na nie wezwani. Do dnia rozstrzygnięcia nie dostaliśmy żadnej informacji od NFZ. W ramach poradni fizjoterapii ambulatoryjnej współpracujemy z NFZ od 2003 roku. Świadczenia prowadzone są kompleksowo, ponieważ podpisaliśmy kolejny kontrakt na świadczenia w poradni, więc pacjenci mogą skorzystać zarówno z porad jak i z zabiegów rehabilitacyjnych w tej samej placówce. Natomiast od 1 października nasi pacjenci będą pozbawieni tej możliwości.

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 niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia:*

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

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 5 oferentami a z 2 nie. Komisja może dokonać rozstrzygnięcia postępowania bez uprzedniego prowadzenia negocjacji z 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 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.

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 wygranie 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 bezprzedmiotowe. 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, jego oferta osiągnęła prawie maksymalną liczbę punktów za cenę (9, 762 na 10, 000) i jej obniżanie nie wpłynęłoby już na zmianę pozycji oferenta w rankingu.

Do zawarcia umowy zostają wskazane oferty na podstawie wyniku rankingu końcowego, który jest zestawieniem generowanym przy pomocy systemu informatycznego. Ranking wskazuje do zawarcia umowy oferty od najwyższej 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. Z oczywistych względów wartość zawartych umów nie może przekroczyć wartości przewidzianej dla danego postępowania. Z tej przyczyny w kwestionowanym przez Odwołującego postępowaniu wybranych zostało 5 oferentów. Świadczeniobiorcom - pacjentom ustawa zapewnia natomiast prawo wyboru świadczeniodawców spośród tych, którzy zawarli kontrakt z NFZ, nie gwarantuje zaś prawa wyboru spośród wszystkich podmiotów funkcjonujących na rynku.

Oferta Odwołującego po ocenie merytorycznej nie miała możliwości zajęcia wyższego miejsca w rankingu końcowym nawet po przeprowadzonych negocjacjach. Łączna ocena wybranego Oferenta z 6 miejsca w rankingu końcowym wynosiła 52, 000 pkt. natomiast oferta Odwołującego zajęła ostatnie miejsce z punktacją 35,782.

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 określona 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.

Przy miejscu udzielania świadczeń, które znalazła się na 6 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.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, iż konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym i nie stanowi gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla dotychczasowych świadczeniodawców. Zadaniem Komisji konkursowej był wybór ofert najkorzystniejszych. 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. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

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 niezienne i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie świadczeniodawców i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Podkreślić tutaj należy, iż sam Odwołujący na etapie prowadzonego postępowania nie wnosił w tej kwestii żadnych zastrzeżeń, w szczególności w formie umotywowanego protestu przewidzianego art. 153 *Ustawy*.

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 6 pierwszych miejscach udzielania świadczeń w rankingu praktycznie wyczerпали 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 ankietowej m.in. na dodatkowe pytania ankietowe dotyczące personelu i sprzętu.

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 12, 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 postępowwała zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności zgodnie z *Ustawą*, a także rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ. Oferta Odwołującego spełniała wymagane w postępowaniu warunki i nie została wybrana z powodu otrzymania za niskiej oceny punktowej. Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z Oferentami.

Odnosząc się do argumentu „współpracujemy z NFZ od 2003 roku” Organ wskazuje, że Odwołujący otrzymał za kryterium „ciągłości” maksymalną ilość punktów - 6, 000. Bowiernie 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.

Należy podkreślić, że w związku z wezwaniem o wyjaśnienia przez komisję konkursową Oferent oświadczeniem z dnia 1 sierpnia br. zmienił dodatkowo ocenianą odpowiedź ankietową z TAK na NIE w pytaniu: *1.2.1.1 Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku lub oddziale dziennym.* Z kolei pismem z dnia 6 września br. Oferent poprosił o zmianę dodatkowo ocenianej odpowiedzi ankietowej nr *1.2.3.4 Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń* z TAK na NIE co też komisja uwzględniła.

Odpowiadając na argument kompleksowości świadczeń Organ wskazuje, że Oferent otrzymał za to kryterium 2,000 pkt. zgodnie z *Rozporządzeniem* ponieważ Oferent realizował na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej.

Komisja konkursowa postępowwała zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności zgodnie z *Ustawą*, a także rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz zarządzeniami Prezesa NFZ. Oferta Odwołującego spełniała wymagane w postępowaniu warunki i nie została wybrana z powodu otrzymania za niskiej oceny punktowej. Rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z oferentami.

W niniejszej sprawie świadczeniodawca złożył konkretną ofertę, która podlegała ocenie komisji konkursowej. Oferta zawierała dane, na podstawie których miała zostać oceniona przez komisję konkursową. W wyniku przeprowadzonej oceny oferta skarżącego nie została wybrana. Organ jeszcze raz podkreśla, że rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z oferentami.

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.

Organ wskazuje, że liczba zawieranych umów zależy od potencjału oferenta (sprzętu, personelu, odpowiednich warunkach lokalowych itp.) zawartych w zgłoszonych ofertach, który odpowiada odpowiadać zapotrzebowaniu Funduszu na świadczenia wymienione w ogłoszeniu o postępowaniu.

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.

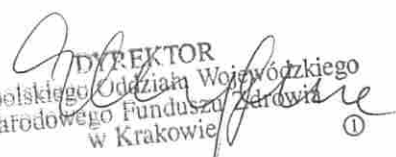
Reasumując Organ przypomina, że do skutecznego wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia nie wystarcza samo istnienie interesu prawnego, lecz jest także konieczne wystąpienie uszczerbku w tym interesie na skutek nieprawidłowości przebiegu postępowania. Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania 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 warunkach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny skarżącego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. Wszystko to służy nadrzędemu 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.


DIREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie ①
Fląbieta Fryźlewicz-Chrapisińska

Decyzje otrzymują:

- 1) Ewa Malczak, Piotr Malczak „Medica s.c. ul. Mostowa 4a 33-100 Tarnów - strona składająca odwołanie,
- 2) Anna Pagacz Zespół Przychodni Specjalistycznych Sp. z o.o., ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 33-100 Tarnów - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 3) M. Mielak, S. Zwolenik "GERONIMO" Spółka Jawna, ul. Mościckiego 14, 33-100 Tarnów - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 4) Jan Musiał Mościckie Centrum Medyczne, Sp. z o.o. ul. Eugeniusza Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 5) Anna Czech Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza, SPZOZ w Tarnowie ul. Lwowska 178a, 33-100 Tarnów - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 6) Marta Oweczyńska CENTRUM MEDYCZNE "KOL-MED" SPZOZ w Tarnowie, Pl. Dworcowy 6, 33-100 Tarnów - 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 2016 r. poz. 1793 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji. Od decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługiwać będzie środek zaskarżenia do sądu administracyjnego.

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