

Znak: WOKSI.422.4.2018.FSZ

SOK.FSZ

Decyzja

z dnia 13 lipca 2018 roku

nr 42/SOK/2018

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 ze zm.), zwanej dalej „Ustawą”, i art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257), w związku z odwołaniem wniesionym przez Oferenta DAVITA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością we Wrocławiu, ul. Legnicka 48 bud. F, 54-202 Wrocław, zwanego dalej „Odwołującym”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-18-000564/SOK/11/1/11.4132.002.12/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: hemodializoterapia, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

- 1) umarza postępowanie w części, w jakiej dotyczy ono regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej oraz ogłoszenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej trybie konkursu ofert,**
- 2) oddala odwołanie w pozostałej części.**

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie nr 06-18-000564/SOK/11/1/11.4132.002.12/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: hemodializoterapia na okres: od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku. W tym ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 4 510 418 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze 3. W postępowaniu złożone zostały 4 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 15 czerwca 2018 roku. Informację o rozstrzygnięciu opublikowano na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, wypełniając tym samym dyspozycję art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Stosownie do przepisu 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*, przy czym, stosownie do przepisu art. 152 ust. 2 *Ustawy*, środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania, niedokonanie wyboru świadczeniodawcy i unieważnienie postępowania. Zgodnie z przepisami art. 139 ust. 1-3 *Ustawy*, wybór trybu postępowania dla zamówienia o określonym przedmiocie i wartości oraz przy określonej dla tego zamówienia maksymalnej liczbie umów dla określonego obszaru terytorialnego następuje poprzez zamieszczenie ogłoszenia, co jest czynnością Funduszu reprezentowanego przez Dyrektora oddziału wojewódzkiego. Z kolei, zgodnie z art. 139 ust. 4 i n. *Ustawy*, przeprowadzenie postępowania, w tym jego rozstrzygnięcie (art. 151 ust. 1 *Ustawy*), należy do komisji konkursowej powołanej przez Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. W myśl art. 154 ust. 1-8 *Ustawy*, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania, ten zaś wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie; od decyzji Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, zaś od decyzji wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje skarga do sądu administracyjnego. Stosownie zaś do art. 52 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1302), 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.

W doktrynie oraz orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalone jest zapatrywanie, że regulacja ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce ma charakter mieszany, publiczno-prywatny, i że ubezpieczenie zdrowotne obejmuje trzy typy stosunków prawnych, które są współzależne i niezbędne do realizacji prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego. W takim samym stopniu doktryna i orzecznictwo są zgodne co do tego, że stosunek pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą ma charakter umownego zobowiązania, którego powstanie i wykonanie podlega ocenie z punktu widzenia prawa cywilnego (tak

m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 sierpnia 2003 roku, sygn. akt: IV CKN 393/0). Stosunek prawny Funduszu ze świadczeniodawcami nie traci cywilnoprawnego charakteru nawet wtedy, kiedy jest on uregulowany w całości przez ustawę, „ustawa może bowiem wprost kreować zobowiązanie będące podstawą takiego roszczenia. Funkcjonuje ono między równorzędnymi podmiotami w sytuacji, w której nie został ustanowiony odrębny tryb rozstrzygania sporów wynikłych na tym tle” (wyrok Sądu Najwyższego z 14 października 2009 r., V CSK 103/09).

Cywilnoprawny charakter mają również stosunki Funduszu ze świadczeniodawcami na etapie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. „Postępowanie prowadzone przez komisję, zmierzające do wyłonienia najkorzystniejszej oferty na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest wzorowane na czynnościach poprzedzających zawarcie umowy cywilnoprawnej, uregulowanych w Kodeksie cywilnym (art. 66 § 1 i nast. oraz art. 72 § 1 k.c.). Podmiot prowadzący to postępowanie – Narodowy Fundusz Zdrowia [...] nie jest zatem organem administracji publicznej w rozumieniu ustrojowym i nie przyznano mu generalnie kompetencji do stosowania środków prawnych właściwych organom administracji publicznej. Niewątpliwie więc postępowanie prowadzone przez komisję nie jest postępowaniem administracyjnym w rozumieniu przepisów k.p.a., a „rozstrzygnięcie” komisji nie jest decyzją administracyjną ani innym aktem o charakterze administracyjnoprawnym” (tak m.in. wyroki Naczelnego Sądu Administracyjnego w sprawach II GSK 186/06 i II GSK 54/07).

Sprawa wszczęta wskutek wniesienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie jest sprawą administracyjną w znaczeniu materialnym, lecz w znaczeniu formalnym, czyli osądem dokonywanym – z mocy wyraźnego przepisu ustawy – na drodze administracyjnej nad czynnościami dokonującymi się w sferze stosunków cywilnoprawnych. Dlatego i droga administracyjna, i kompetencja Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do załatwiania spraw w sposób władczy decyzją administracyjną jest ściśle ograniczona – do czynności powołanej przez tegoż Dyrektora komisji konkursowej, która „przeprowadza postępowanie” i go „rozstrzyga” (w czym dostrzegamy odległą analogię z typowym postępowaniem administracyjnym, gdzie organ wyższego stopnia osądza akty organu niższego stopnia, zgodnie z zasadą dewolutywności). Natomiast nie ma drogi administracyjnej i kompetencji Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do orzekania o jego własnych czynnościach, jak ogłoszenie o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czy plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, a tym bardziej o czynnościach innych organów bądź podmiotów, jak mapa potrzeb zdrowotnych – te akty o charakterze wewnętrznym, jeśli wywoływałyby skutki także na zewnątrz, wywoływałyby te skutki jedynie w sferze cywilnoprawnej i mogłyby podlegać osądowi wyłącznie na drodze cywilnej, ponieważ żaden przepis prawa nie ustanawia tu drogi administracyjnej i kompetencji do rozstrzygania sprawy w sposób władczy decyzją administracyjną. Innymi słowy, na drodze administracyjnej może być oceniane, czy nie zostały naruszone „zasady przeprowadzania postępowania” (art. 152 ust. 1 *Ustawy*), którego przedmiot określa zamawiający, jednak na tej drodze nie ocenia się samych zasad; nie ocenia się tu również przedmiotu

zamówienia, to jest, między innymi, liczby i wartości świadczeń opieki zdrowotnej, jakie zamawiający zamierza zakupić, gdyż jest to sfera cywilnoprawnej aktywności nie poddana drodze administracyjnej.

Dlatego też, ani ogłoszenie, w którym Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu określa tryb postępowania dla określonego przedmiotu zamówienia, w tym jego wartość i maksymalną liczbę umów dla obszaru terytorialnego, ani poprzedzająca ogłoszenie czynność Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w postaci sporządzenia planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, ani tym bardziej czynność innych organów w postaci sporządzenia regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych nie mogą być podlegać zaskarżeniu środkami odwoławczymi, o których mowa w art. 152-154 *Ustawy*, bo nie istnieje tutaj droga administracyjna i kompetencja Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu do załatwienia sprawy na tej drodze w sposób merytoryczny.

Jak wskazuje się w piśmiennictwie oraz w orzecznictwie sądów administracyjnych, z brakiem możliwości merytorycznego rozpoznania sprawy wiąże się umorzenie postępowania administracyjnego (wyr. WSA w Warszawie z 9.3.2010 r., IV SA/Wa 93/10, Legalis; wyr. WSA w Opolu z 22.7.2014 r., II SA/Op 307/14, Legalis). Bezprzedmiotowość postępowania administracyjnego oznacza, że brak jest któregoś z elementów materialnego stosunku prawnego, a wobec tego nie można wydać decyzji załatwiającej sprawę przez rozstrzygnięcie jej co do istoty (zob. wyr. NSA z 18.5.1998 r., II SA 76/98, niepubl.; wyr. NSA z 10.6.1998 r., IV SA 1225/96, niepubl.; wyr. NSA z 9.3.2000 r., IV SA 12/98, niepubl.; wyr. WSA w Gliwicach z 12.1.2010 r., IV SA/GI 446/09, Legalis; wyr. NSA z 21.9.2010 r., II OSK 1393/09, Legalis; wyr. WSA w Gorzowie Wielkopolskim z 12.8.2010 r., II SA/Go 279/10, Legalis; wyr. WSA w Gliwicach z 27.1.2011 r., IV SA/GI 476/10, Legalis; wyr. WSA w Opolu z 10.11.2015 r., II SA/Op 374/15, Legalis; wyr. NSA z 9.12.2015 r., II OSK 929/14, Legalis). W takiej sytuacji można wskazywać, że sprawa administracyjna jest bezprzedmiotowa wtedy, gdy nie ma materialnoprawnych podstaw do władczej, w formie decyzji administracyjnej, ingerencji organu administracyjnego. Bezprzedmiotowość postępowania administracyjnego jest bowiem brakiem przedmiotu postępowania powodującym, że nie można wydać decyzji rozstrzygającej na podstawie przepisów prawa materialnego o prawach lub obowiązkach indywidualnego podmiotu (zob. wyr. WSA w Warszawie z 18.4.2008 r., I SA/Wa 27/08, Legalis; wyr. WSA w Krakowie z 14.12.2010 r., II SA/Kr 1170/10, Legalis; wyr. WSA w Krakowie z 4.4.2013 r., II SA/Kr 177/13, Legalis; wyr. WSA w Gliwicach z 25.7.2014 r., II SA/GI 573/14, Legalis). W przypadku bezprzedmiotowości jakiegokolwiek rozstrzygnięcie merytoryczne pozytywne czy negatywne staje się prawnie niedopuszczalne (wyr. WSA we Wrocławiu z 7.7.2009 r., II SA/Wr 175/09, Legalis; wyr. WSA w Gliwicach z 19.12.2014 r., II SA/GI 881/14, Legalis; wyr. WSA w Bydgoszczy z 1.9.2015 r., I SA/Bd 543/15, Legalis; wyr. WSA w Krakowie z 12.11.2015 r., II SA/Kr 901/15, Legalis; wyr. WSA w Warszawie z 15.12.2015 r., II SA/Wa 2903/14, niepubl.).

Powyższe zapatrywania należy odnieść, i to tym bardziej, do sytuacji, w której sfera stosunków nie ma charakteru administracyjnego z natury, lecz jest poddana rozstrzygnięciom administracyjnym na mocy szczególnego przepisu prawa, w ściśle ograniczonym zakresie podmiotowym i przedmiotowym.

Ponieważ Odwołujący zarzuca Komisji naruszenie art. 134 ust. 1 i art. 148 ust. 1 pkt 2-4 *Ustawy*, zarzucając zarazem Dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu naruszenie art. 131b *Ustawy* – tu, w szczególności, ogłoszenie o postępowaniu w trybie konkursu ofert ze zbyt małą maksymalną liczbą umów, stąd w części, w jakiej odwołanie dotyczy regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej oraz ogłoszenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej trybie konkursu ofert, postępowanie administracyjne należało umorzyć.

Jedynie ubocznie należy tu wskazać, że maksymalna liczba umów przewidzianych do zawarcia w liczbie odpowiadającej liczbie umów dotychczasowych nie jest naruszeniem „zasad przeprowadzania postępowania”, w tym zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 134 ust. 1 *Ustawy*), ponieważ każdy oferent ma równe szanse znaleźć się w gronie podmiotów wybranych do zawarcia umowy; zamawiający nie jest przy tym zobowiązany do przyjęcia maksymalnej liczby umów na poziomie liczby wszystkich oferentów, jacy mogliby się w postępowaniu pojawić, albowiem nie istnieje norma prawna statuująca taki obowiązek.

Odwołanie podlega zaś merytorycznemu rozpatrzeniu w części, w której Odwołujący zarzuca Komisji, jakoby wadliwie oceniła oferty, prowadząc jakoby postępowanie w sposób naruszający zasady uczciwej konkurencji, przez co miała naruszyć interes prawny Odwołującego.

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

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, umożliwiający wybór oferty lub większej liczby ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 *Ustawy*, 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. DAVITA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Legnicka 48/bud. F 54-202 Wrocław oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

- 1) Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków
- 2) FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań
- 3) DIAVERUM POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Cylichowska 13/15, 04-769 Warszawa.

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 25 czerwca 2018 roku znak: WOKSI.422.4.2018.FSZ, poinformował strony postępowania o jego wszczęciu, a także o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 *k.p.a*. Dyrektor MOW NFZ poinformował strony o zapewnieniu czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwieniu wypowiedzenia się strony, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Strona odwołująca się, zapoznała się z dokumentacją postępowania w dniu 3 lipca 2018 roku, nie wnosząc uwag, natomiast podmioty wybrane do zawarcia umowy nie skorzystały z prawa zapoznania się z materiałami postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego, Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-18-000564/SOK/11/1/11.4132.002.12/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 23 kwietnia 2018 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-18-000564/SOK/11/1/11.4132.002.12/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: hemodializoterapia na obszarze: 1206 krakowski, 1214 proszowicki, 1219 wielicki, 1261 Kraków na okres: od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 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, 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 ze zm.),*

2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz.160),*
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 ze zm.),*
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 ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tj. Dz. u. z 2016 r. poz. 357 ze zm.)*
9. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 2295),*
10. *Zarządzenie Nr 127/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie ze zm.,*
11. *Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*

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

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 4 oferty. Oferentami byli:

- 1) DAVITA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Legnicka 48/bud. F, 54-202 Wrocław,
- 2) Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków,
- 3) FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań,

- 4) DIAVERUM POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Cylichowska 13/15, 04-769 Warszawa.

W dniu 14 maja 2018 roku komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o ww. numerze, stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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 1 oferenta, tj. DAVITA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Legnicka 48/bud. F 54-202 Wrocław, do usunięcia braku formalnego, który został uzupełniony w terminie. W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. W częściach: jawnej oraz niejawnej nie została odrzucona żadna oferta.

W toku ww. postępowania komisja konkursowa przeprowadziła weryfikacje miejsc udzielania świadczeń u 1 nowego oferenta - DAVITA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Legnicka 48/bud. F 54-202 Wrocław. 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. 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 roku w *sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372) zwanego dalej *Rozporządzeniem* oraz *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (tj. Dz. U. z 2017 r. poz. 2295).

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, weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu 3 oferty, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.:

- 1) Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków, miejsce udzielania świadczeń: Kraków, ul. Wielicka 265,
- 2) FRESNIUS NEPHROCARE POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Krzywa 13, 60-118 Poznań, miejsce udzielania świadczeń: Proszowice, ul. Szpitalna 9,
- 3) DIAVERUM POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Cylichowska 13/15, 04-769 Warszawa, miejsce udzielania świadczeń: Kraków, Os. Młodości 11,

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 czerwca 2018 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

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

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 oraz maksymalnej, przeznaczonej do zawarcia liczby umów.

Ranking końcowy z podziałem na poszczególne części oceny oferty, zgodnie z art. 148 *Ustawy* przedstawia się następująco:

Nazwa oferenta i adres miejsca udzielania świadczeń	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	Inne* **	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków	3,500	42,000	15,000	-	10,000	0,000	67,000	70,500	zbieżne ostateczne
FRESENIUS NEPHROCARE POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Proszowice, ul. Szpitalna 9	3,500	42,000	15,000	-	5,000	- 8,000	54,000	57,500	zbieżne ostateczne
DIAPERUM POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Kraków, Os. Młodości 11,	3,500	43,000	0,000	-	10,000	0,000	53,000	56,500	zbieżne ostateczne
DAVITA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,	3,500	38,000	0,000	-	0,000	0,000	38,000	41,500	zbieżne ostateczne

Nazwa oferenta i adres miejsca udzielania świadczeń	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	Inne**	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji
Kraków, ul. Kielecka 7a									

* Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach,

w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.,

** Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte 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.

Organ poczynił ustalenia faktyczne i wskazał, że oferta Odwołującego spełniała wymagane warunki i została zaproszona do negocjacji. Natomiast po negocjacjach, które stanowią część niejawną postępowania, w sporządzonym rankingu końcowym oferta Odwołującego uzyskała zbyt małą ilość punktów.

Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na 4, ostatniej pozycji, a do zawarcia umowy wybrano oferentów posiadających potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

Poniższe tabele zawierają oceny wszystkich ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu:

Odpowiedzi ankietowe oferenta: DAVITA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW	
1.1.1.1	SOK_2 Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie nefrologia lub odpowiednio nefrologia dla dzieci.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	STANDARDY POSTĘPOWANIA	
1.2.1.1	SOK_2 Odsetek osób zgłoszonych i zakwalifikowanych do przeszczepienia nerki nie mniejszy niż 7% osób dializowanych w stacji lub ośrodku w poprzednim roku kalendarzowym.	0,0000
1.2.2	PERSONEL	
1.2.2.1	SOK_2 Pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub pielęgniarstwa internistycznego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii - równoważnik co najmniej 1 etatu.	13,0000
1.2.2.2	SOK_2 1 pielęgniarka na nie więcej niż 5 stanowisk dializoterapii w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym czasowi pracy stacji dializ.	15,0000
1.2.3	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.3.1	SOK_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.10	SOK_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.3.11	SOK_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	0,0000
1.2.3.2	SOK_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.3.3	SOK_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych	0,0000

	lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - tylko na podstawie kontroli.	
1.2.3.4	SOK_W Udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową.	0,0000
1.2.3.5	SOK_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.6	SOK_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.7	SOK_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.8	SOK_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.9	SOK_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.4	SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA	
1.2.4.1	SOK_2 Aparat RTG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	0,0000
1.2.4.2	SOK_2 Tomografia komputerowa - w lokalizacji.	0,0000
1.2.4.3	SOK_2 Aparat USG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	4,0000
1.2.4.4	SOK_2 Dializatory - wyłącznie jednorazowego użytku.	6,0000
1.2.5	POZOSTAŁE WARUNKI	
1.2.5.1	SOK_2 Świadczeniodawca realizuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie nefrologii.	0,0000
1.2.5.2	SOK_W Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.5.3	SOK_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	0,0000
1.2.5.4	SOK_W Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	0,0000
1.2.5.5	SOK_2 W miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek i położnych przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w stacji dializ.	0,0000
1.3	CIĄGŁOŚĆ	

1.3.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.3.1.1	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	0,0000
1.3.1.2	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od	0,0000
1.4	_WARUNKI WYMAGANE	
1.4.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.4.1.1	W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	0,0000
1.5	INNE	
1.5.1	INNE	
1.5.1.1	SOK_W Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	0,0000
1.5.1.2	SOK_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000

Odpowiedzi ankietowe oferenta: DIAVERUM POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW	

1.1.1.1	SOK_2 Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie nefrologia lub odpowiednio nefrologia dla dzieci.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	STANDARDY POSTĘPOWANIA	
1.2.1.1	SOK_2 Odsetek osób zgłoszonych i zakwalifikowanych do przeszczepienia nerki nie mniejszy niż 7% osób dializowanych w stacji lub ośrodku w poprzednim roku kalendarzowym.	0,0000
1.2.2	PERSONEL	
1.2.2.1	SOK_2 Pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub pielęgniarstwa internistycznego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii - równoważnik co najmniej 1 etatu.	13,0000
1.2.2.2	SOK_2 1 pielęgniarka na nie więcej niż 5 stanowisk dializoterapii w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym czasowi pracy stacji dializ.	15,0000
1.2.3	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.3.1	SOK_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.10	SOK_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.3.11	SOK_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	0,0000
1.2.3.2	SOK_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.3.3	SOK_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.4	SOK_W Udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową.	0,0000
1.2.3.5	SOK_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.3.6	SOK_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.7	SOK_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.8	SOK_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.9	SOK_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.4	SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA	
1.2.4.1	SOK_2 Aparat RTG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	4,0000
1.2.4.2	SOK_2 Tomografia komputerowa - w lokalizacji.	5,0000
1.2.4.3	SOK_2 Aparat USG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	4,0000
1.2.4.4	SOK_2 Dializatory - wyłącznie jednorazowego użytku.	0,0000
1.2.5	POZOSTAŁE WARUNKI	
1.2.5.1	SOK_2 Świadczeniodawca realizuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie nefrologii.	0,0000
1.2.5.2	SOK_W Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.5.3	SOK_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	2,0000
1.2.5.4	SOK_W Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	0,0000
1.2.5.5	SOK_2 W miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek i położnych przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w stacji dializ.	0,0000
1.3	CIĄGŁOŚĆ	
1.3.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.3.1.1	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	5,0000

1.3.1.2	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od	5,0000
1.4	_WARUNKI WYMAGANE	
1.4.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.4.1.1	W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	0,0000
1.5	INNE	
1.5.1	INNE	
1.5.1.1	SOK_W Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	0,0000
1.5.1.2	SOK_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000

Odpowiedzi ankietowe oferenta FRESNIUS NEPHROCARE POLSKA spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW	
1.1.1.1	SOK_2 Realizacja umowy w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie nefrologia lub odpowiednio nefrologia dla dzieci.	15,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	STANDARDY POSTĘPOWANIA	

1.2.1.1	SOK_2 Odsetek osób zgłoszonych i zakwalifikowanych do przeszczepienia nerki nie mniejszy niż 7% osób dializowanych w stacji lub ośrodku w poprzednim roku kalendarzowym.	0,0000
1.2.2	PERSONEL	
1.2.2.1	SOK_2 Pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub pielęgniarstwa internistycznego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii lub w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii - równoważnik co najmniej 1 etatu.	13,0000
1.2.2.2	SOK_2 1 pielęgniarka na nie więcej niż 5 stanowisk dializoterapii w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym czasowi pracy stacji dializ.	15,0000
1.2.3	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.3.1	SOK_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.10	SOK_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.3.11	SOK_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	0,0000
1.2.3.2	SOK_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.3.3	SOK_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.4	SOK_W Udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową.	0,0000
1.2.3.5	SOK_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.6	SOK_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.7	SOK_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.3.8	SOK_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.9	SOK_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.4	SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA	
1.2.4.1	SOK_2 Aparat RTG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	4,0000
1.2.4.2	SOK_2 Tomografia komputerowa - w lokalizacji.	0,0000
1.2.4.3	SOK_2 Aparat USG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	4,0000
1.2.4.4	SOK_2 Dializatory - wyłącznie jednorazowego użytku.	6,0000
1.2.5	POZOSTAŁE WARUNKI	
1.2.5.1	SOK_2 Świadczeniodawca realizuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie nefrologii.	0,0000
1.2.5.2	SOK_W Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.5.3	SOK_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	0,0000
1.2.5.4	SOK_W Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	0,0000
1.2.5.5	SOK_2 W miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek i położnych przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w stacji dializ.	0,0000
1.3	CIĄGŁOŚĆ	
1.3.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.3.1.1	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	5,0000
1.3.1.2	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od	0,0000
1.4	WARUNKI WYMAGANE	
1.4.1	WARUNKI WYMAGANE	

1.4.1.1	W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	0,0000
1.5	INNE	
1.5.1	INNE	
1.5.1.1	SOK_W Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	- 8,0000
1.5.1.2	SOK_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000

Odpowiedzi ankietowe oferenta Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie:

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW	
1.1.1.1	SOK_2 Realizacja umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie nefrologia lub odpowiednio nefrologia dla dzieci.	15,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	STANDARDY POSTĘPOWANIA	
1.2.1.1	SOK_2 Odsetek osób zgłoszonych i zakwalifikowanych do przeszczepienia nerki nie mniejszy niż 7% osób dializowanych w stacji lub ośrodku w poprzednim roku kalendarzowym.	4,0000
1.2.2	PERSONEL	
1.2.2.1	SOK_2 Pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub pielęgniarstwa internistycznego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii lub w dziedzinie	0,0000

	pielęgniarstwa zachowawczego po kursie specjalistycznym w zakresie dializoterapii - równoważnik co najmniej 1 etatu.	
1.2.2.2	SOK_2 1 pielęgniarka na nie więcej niż 5 stanowisk dializoterapii w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym czasowi pracy stacji dializ.	15,0000
1.2.3	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.3.1	SOK_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.10	SOK_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.3.11	SOK_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	0,0000
1.2.3.2	SOK_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.3.3	SOK_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.4	SOK_W Udzielanie świadczeń w miejscach nieobjętych umową.	0,0000
1.2.3.5	SOK_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.6	SOK_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.7	SOK_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.8	SOK_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3.9	SOK_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.4	SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA	
1.2.4.1	SOK_2 Aparat RTG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	4,0000
1.2.4.2	SOK_2 Tomografia komputerowa - w lokalizacji.	5,0000

1.2.4.3	SOK_2 Aparat USG umożliwiający wykonanie badań zgodnie z profilem zakresu - w lokalizacji.	4,0000
1.2.4.4	SOK_2 Dializatory - wyłącznie jednorazowego użytku.	6,0000
1.2.5	POZOSTAŁE WARUNKI	
1.2.5.1	SOK_2 Świadczeniodawca realizuje szkolenie specjalizacyjne lekarzy przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie nefrologii.	4,0000
1.2.5.2	SOK_W Certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.5.3	SOK_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	0,0000
1.2.5.4	SOK_W Świadczeniodawca prowadzi historię choroby lub historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	0,0000
1.2.5.5	SOK_2 W miejscu udzielania świadczeń jest prowadzone szkolenie specjalizacyjne pielęgniarek i położnych przez podmiot wpisany na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia staży w stacji dializ.	0,0000
1.3	CIĄGŁOŚĆ	
1.3.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.3.1.1	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	5,0000
1.3.1.2	SOK_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, nieprzerwanie od	5,0000
1.4	_WARUNKI WYMAGANE	
1.4.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.4.1.1	W okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy oferent spełnia i będzie spełniał wymagania określone w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie będącym przedmiotem niniejszego postępowania oraz w zarządzeniu prezesa narodowego funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów będących przedmiotem niniejszego postępowania.	0,0000
1.5	INNE	
1.5.1	INNE	

1.5.1.1	SOK_W Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 1 lub 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	0,0000
1.5.1.2	SOK_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000

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 oraz maksymalnej liczby umów przewidzianej do zawarcia w postępowaniu. Warto również przywołać stanowisko Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, który w wyroku z 16 stycznia 2013 r. wskazał, że: *„fakt, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści. Konkurs zawsze niesie za sobą element ryzyka i niewiadomej jego rozstrzygnięcia. W tej sytuacji trzeba zgodzić się z organem odwoławczym, iż na podstawie ustawy o świadczeniach, rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo- ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy.”*

Odwołujący się pismem z dnia 19 czerwca 2018 roku (wpływ do MOW NFZ w dniu 20 czerwca br.) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący w swym odwołaniu zarzucił, iż *„rozstrzygnięcie zapadło z naruszeniem art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 2; 3 i 4 u.ś.o.z., bowiem komisja wadliwie dokonała ocena złożonych ofert w zakresie kryterium kompleksowości, dostępności oraz ciągłości udzielania świadczeń stanowiących przedmiot rozstrzygnięcia nie zapewniając równego traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenia postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Dalej podnosi, że „w związku z ogłoszeniem postępowania w korespondencji skierowanej do tut. Oddziału NFZ zwracał uwagę, iż wskazanie, że w wyniku ogłoszonego postępowania zawarte zostaną maksymalnie trzy umowy pozwala przyjąć, że przy podziale środków finansowych uwzględnieni zostali tylko świadczeniodawcy którzy posiadają wcześniej zawarte umowy a pominięta została jednostka Skarżącej która od kilku lat*

realizuje świadczenia objęte zakresem postępowania bez umowy na ich refundację. Aktualnie świadczenia udzielane są 44 pacjentom oczekującym kontynuacji ich udzielanie u tak wybranego świadczeniodawcy”.

Zdaniem Odwołującego „tut. Oddział, jako główny płatnik i organizator systemu zabezpieczania opieki zdrowotnej osobom ubezpieczonym w sporządzonym planie zabezpieczenia świadczeń skorelowanym z rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych nie uwzględnił kolejny raz faktu udzielania bez umowy pacjentom świadczeń w zakresie dializoterapii przez opisaną stację dializ.

Skoro warunki rozpisane konkursu uwzględniać mają powyższe oraz zabezpieczyć ciągłość i dostępność do świadczeń równocześnie przy przestrzeganiu zasady równego traktowania kontrahentów to ograniczenie liczby możliwych do zawarcia w jego wyniku umów do trzech przeczy temu w sytuacji, gdy faktycznie na wskazanym obszarze świadczeń takich udziela czterech świadczeniodawców, o czym tut. Oddział był wielokrotnie informowany. Uwzględniając literalne brzmienie ustawowej definicji kryterium ciągłości jako organizacji udzielania świadczeń w celu zapewnienia kontynuacji procesu (diagnostycznego czy terapeutycznego), w szczególności poprzez ograniczenie ryzyka przerwania procesu leczenia pacjenta to najmniejsze ryzyko w tym zakresie zapewnia świadczeniodawca prowadzący już to leczenie”.

Dodatkowo oceniając legalność decyzji komisji konkursowej należy zwrócić uwagę na zmiany regulacji objęte treścią art. 131b u.s.o.z. Wynikająca stąd zmiana systemowa ma przede wszystkim na celu powiązanie procesu kontraktowania świadczeń z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi osób uprawnionych (mapa regionalna), podczas gdy dotychczas tworzone plany zakupu świadczeń opierały się w głównej mierze na relacji z rzeczywistym wykonaniem świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz z możliwościami finansowymi Funduszu.

Biorąc pod uwagę specyfikę, charakter oraz dynamikę wzrostu zapotrzebowania na ten rodzaj świadczeń nie wydaje się możliwym aby działania organizatora konkursu intencjonalnie zmierzały w kierunku ograniczenia liczby świadczeniodawców w tej grupie świadczeń.

W ocenie Skarżącej powyższe skutkuje naruszeniem jej interesu prawnego, bowiem jej oferta nie została wybrana co skutkować będzie brakiem możliwości realizowania umowy o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez kolejne 5 lat gdyż na taki okres zostanie zawarta z umowa z oferentami wybranymi w zaskarżonym postępowaniu”. Na koniec Odwołujący wniósł „o rozważenie zasadności ogłoszenia postępowania uzupełniającego dla przedmiotowego zakresu lub innej formy dopuszczalnej prawem celem umożliwienia refundacji świadczeń udzielanych do tej pory pro bono pacjentom stacji dializ objętej ofertą w niniejszym postępowaniu szczególnie wobec alternatywy jaką może być decyzja o likwidacji istniejącej placówki”.

Przechodząc do merytorycznej oceny postawionych zarzutów, w pierwszej kolejności należy odnieść się do zarzutu naruszenia zasady uczciwej konkurencji oraz zasady równego traktowania świadczeniodawców. Jak wyjaśniono wyżej, zasady te wyrażają się w tym, że Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszystkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie tych świadczeń, powinny być udostępniane świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Organ stwierdza, że postępowanie prowadzone było zgodnie z zasadami określonymi w art. 134 i nast. *Ustawy*. Fundusz zapewnił równe traktowanie wszystkich oferentów w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, a wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje zostały udostępnione na takich samych zasadach dla wszystkich oferentów uczestniczących w przedmiotowym postępowaniu. Kryteria oceny ofert, warunki wymagane od świadczeniodawców w przedmiotowym postępowaniu były jawne i określone zostały w załączniku nr 9 - wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert, wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie do *Rozporządzenia*. Jak już wskazano, porównywanie ofert opierało się o zasady wynikające z art. 148 *Ustawy* i obejmowało następujące kryteria: jakość, dostępność, kompleksowość, ciągłość oraz cenę oferowanych świadczeń.

W tym miejscu należy podkreślić, iż szczegółowe kryteria wyboru ofert, są to warunki, których spełnienie decyduje o miejscu oferty w rankingu wszystkich ofert złożonych w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które nie podlegały odrzuceniu. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, aktywna i ciągła konkurencja wewnątrzrynkowa została zastąpiona jednorazową konkurencją przedsiębiorców o dostęp do rynku, a szczegółowe warunki, określone na gruncie rozporządzenia, służą wyłonieniu najlepszych oferentów spośród wszystkich, którzy przystąpili do konkursu. Niespełnienie tych warunków nie wyklucza oferenta z możliwości zawarcia z nim umowy, a jedynie skutkuje uzyskaniem niższej liczby punktów rankingowych, co w konsekwencji oznaczać może wybór oferty konkurencyjnych oferentów, w przypadku złożenia w postępowaniu większej liczby ofert. Obok kryteriów oceny ofert odnoszących się do wszystkich rodzajów i zakresów świadczeń, wprowadzone zostały również kryteria rankingujące, dotyczące poszczególnych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym kryterium „ciągłości”.

Wszyscy uczestnicy postępowania mieli możliwość zapoznania się ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi dotyczącymi postępowania konkursowego przed złożeniem ofert, w tym w sprawie określenia kryteriów oceny ofert. 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.

Odwołujący w ramach złożonej oferty dołączył oświadczenie o zapoznaniu się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów, zgodne z załącznikiem nr 3 do *Zarządzenia*, co potwierdza, że miał pełną wiedzę dotyczącą zasad i kryteriów oceny ofert, którymi kieruje się komisja konkursowa.

Na przedmiotowy konkurs ofert złożono oferty, które uzyskały wyższe oceny punktowe i jako najkorzystniejsze zostały wybrane do zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę

planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta Odwołującego w rankingu końcowym uplasowała się na 4 pozycji, uzyskując łączną ocenę 41,500 pkt., a do zawarcia umowy wybrano oferentów, których potencjał pozwolił na zabezpieczenie udzielania świadczeń. Ostatni oferent, z 3 miejsca w rankingu końcowym, uzyskał 56, 500 pkt. W związku z powyższym, dokonanie wyboru wszystkich świadczeniodawców do zawarcia umowy jest niemożliwe ze względu na ograniczone środki finansowe. Oferty podmiotów wybranych do zawarcia umów, zabezpieczają liczbę świadczeń dla pacjentów w zakresie: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w zakresie: hemodializoterapia: na obszarze: 1206 krakowski, 1214 proszowicki, 1219 wielicki, 1261 Kraków, zgodnie z ogłoszeniem postępowania o nr 06-18000564/SOK/11/1/11.4132.002.12/01.

Odnosząc się do pisma datowanego na dzień 29 kwietnia 2018 r. (czyli już po ogłoszeniu postępowania), w którym Odwołujący zwraca się z „wnioskiem o zmianę treści ogłoszenia postępowania uwzględniającego w planach zawarcie umowy ze wszystkimi podmiotami, w tym DaVita sp. z o.o. nie ograniczając dostępności w danych obszarach Miasta Krakowa, dając pacjentom komfort wyboru między innymi ze względu na miejsce zamieszkania”, w odpowiedzi Dyrektor Małopolskiego OW NFZ w Krakowie wskazała, że „Narodowy Fundusz Zdrowia jako publiczny płatnik świadczeń opieki zdrowotnej działa w ramach obowiązującego systemu prawnego oraz zapisów planu finansowego, kierując się w szczególności zasadami racjonalności w wydawaniu środków publicznych, zgodności z prawem, zrównoważenia gospodarki finansowej w zakresie przychodów i wydatków oraz przejrzystości w podejmowanych działaniach. W ogłoszonym postępowaniu, wszystkie zainteresowane placówki mają możliwość składania ofert i ubiegania się o kontrakt z NFZ. W ramach procedury konkursowej Fundusz nie może gwarantować zawarcia umowy któremukolwiek z oferentów (niezależnie od tego czy jest on nowy, czy też realizuje już umowę w danym zakresie). Ideą konkursu ofert jest wybór placówek medycznych, które gwarantują najlepszą jakość, kompleksowość, ciągłość i dostępność świadczeń medycznych, ocenianych według jednolitych kryteriów. Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktując świadczenia, zobowiązany jest do stosowania procedury konkursowej w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, przy przestrzeganiu zasady równego traktowania oferentów. Wyboru oferentów do zawarcia umowy dokonuje się w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym (...) Na zakończenie informujemy, że ewentualne ogłoszenie dodatkowych postępowań konkursowych, uzależnione jest od posiadanych środków finansowych”.

Trzeba przy tym mieć na uwadze to, że Organ ocenia prawidłowość procedowania przez komisję konkursową, a stawiany zarzut Odwołującego się dotyczy wadliwości ogłoszenia postępowania. Organ wskazuje jednak, że *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.)*, nie dopuszcza zmiany treści ogłoszenia postępowania konkursowego, poprzez dodanie kolejnego miejsca udzielania świadczeń już po jego ogłoszeniu.

Organ przypomina, że zasada równego traktowania świadczeniodawców, na którą m. in. powołuje się Odwołujący, przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Właśnie naruszeniem omawianej zasady, byłoby stosowanie w danym postępowaniu, w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, takich jak np. dodanie kolejnego miejsca udzielania świadczeń, aby w ten sposób zwiększyć szanse na wybór danego oferenta.

Komisja konkursowa nie mogła dokonywać wyboru ofert, przyjmując jako kryterium wyboru - niezależnie od ilości uzyskanych punktów - miejsce realizacji świadczeń, gdyż w ten właśnie sposób naruszyłaby zasadę równego traktowania świadczeniodawców, stosując kryterium wyboru niewskazane w przepisach. Ponadto przy środkach finansowych przeznaczonych na zakup świadczeń, wybór oferty złożonej przez Odwołującego oznaczałoby konieczność nie wybrania oferty o wyższej punktacji w rankingu końcowym. Tymczasem konkurs obejmował określony obszar kontraktowania, o czym Odwołujący wiedział i co zaakceptował przystępując do konkursu. Brak było zatem podstaw do tego, by komisja konkursowa miała w szczególności sposób traktować podmiot, który zajął niższą pozycję w konkursie, z uwagi na jego lokalizację, albowiem w ocenie ofert nie występowało takie kryterium.

Organ przypomina, że Odwołujący się jest profesjonalnym uczestnikiem rynku usług medycznych, a z racji przystąpienia do konkursu zobowiązany był do zapoznania się z jego zasadami. Zarzuty natomiast jakie złożył wobec prowadzonego postępowania, sprowadzały się w istocie do kwestionowania zasadności przyjętych kryteriów prowadzonego konkursu i ich interpretacji, bowiem Odwołujący nie zgadza się, że wybrano jedynie oferentów, którzy w latach ubiegłych świadczyli już niniejsze usługi, zamykając możliwość otwarcia działalności dla nowych podmiotów. Należy natomiast podkreślić, iż postępowania konkursowe prowadzone przez NFZ nie polegają na przydzielaniu kontraktów dotychczasowym świadczeniodawcom, ale na wyłonieniu najlepszych oferentów spośród wszystkich, którzy przystąpili do konkursu. Oceniane są m.in. jakość, dostępność, cena, kompleksowość i ciągłość udzielania świadczeń.

Na marginesie należy dodać, że Odwołujący, w wyniku rozstrzygnięcia wcześniejszych postępowań konkursowych prowadzonych w 2018 roku, przez tut. Oddział został wybrany do realizacji świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, aż w 4 lokalizacjach na terenie województwa małopolskiego.

Organ przypomina, że Odwołujący się jest „nowym” oferentem nie realizującym na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach zakresu hemodializoterapia, dlatego nie mógł otrzymać punktów za kryterium *ciągłości*, ponieważ zgodnie z tabelą nr 2 stanowiącą załącznik nr 9 do *Rozporządzenia* w dniu złożenia oferty nie realizował na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie oraz nie realizował tego procesu nieprzerwanie od 10 lat. Organ wskazuje, że punkty za kryterium *ciągłości* 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.

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. Kryterium ciągłości nie jest kryterium wyłącznym, lecz preferencją usprawiedliwioną dobrem pacjentów”*. Organ analizując dokumentację postępowania a przede wszystkim *protokół z negocjacji i ranking końcowy*, wskazuje że Odwołujący nie obniżył ceny przedstawionej w ofercie bowiem otrzymał za to kryterium 3,500 punktów na 10,000 możliwych. Jednocześnie Odwołujący w żaden sposób nie kwestionuje, że oferenci wybrani do zawarcia umów w wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania konkursowego złożyli oferty wyżej punktowane niż skarżący.

Organ przypomina, że końcowa liczba punktów uzyskana przez danego oferenta jest zależna od udzielonych odpowiedzi ankietowych i stanowi wynik przypisania wartości punktowej poszczególnym kryterium oceny. Komisja konkursowa dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonych w ogłoszeniu. To, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści.

Organ podkreśla, 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*.

Organ wskazuje, że przedmiotowe postępowanie dotyczy jedynie prawidłowości postępowania związanego z zawieraniem umów o udzielaniu świadczeń zdrowotnych, natomiast nie obejmuje swoim zakresem oceny prawidłowości przygotowania planu zabezpieczenia świadczeń, czy też wyznaczania obszarów kontraktowych. Pomimo tego Organ wyjaśnia, że przeznaczając środki finansowe na poszczególne postępowania kierował się zasadą konieczności zachowania dostępności do świadczeń, co najmniej na tym samym poziomie, co w czasie poprzedniego kontraktowania świadczeń w zakresie hemodializoterapia. Podczas realizacji zadań, dotyczących kontraktowania świadczeń oddziały Funduszu są zobowiązane do przeprowadzenia analiz dostępności do świadczeń w zakresie ogólnego rozkładu terytorialnego oraz specyfiki świadczenia usług medycznych w konkretnym rodzaju i zakresie świadczeń na danym terenie. Jest to nieodzowne przy ograniczonej ilości publicznych środków na finansowanie opieki zdrowotnej, a co za tym idzie ograniczonego wyboru oferentów. 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.

Natomiast przygotowując mapę postępowań konkursowych i dzieląc województwo na określone mniejsze obszary kontraktowania, Dyrektor Oddziału NFZ bierze zawsze pod uwagę populację danego terytorium oraz statystyki w zakresie potrzeb zdrowotnych jego mieszkańców i do tego dostosowuje plan postępowań konkursowych z rozbiciem na obszary, ilości umów i wielkość środków finansowych na jego realizację. Przede wszystkim liczba zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych zdeterminowana jest wysokością środków finansowych zapisanych w planie Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

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. Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego, było uzyskanie przez niego zbyt małej ilości punktów w końcowym rankingu.

Przypomnieć należy, że określona w ogłoszeniu wartość zamówienia oraz maksymalna liczba umów do zawarcia, pozwoliły na wybór ofert zajmujących w rankingu końcowym pozycje od 1 do 3. Komisja konkursowa poprzez swoje działania wyczerpała więc wartość postępowania konkursowego i w ten sposób zabezpieczyła dostęp do świadczeń hemodializy dla mieszkańców grupy powiatów określonych w ogłoszeniu postępowania.

Istotą postępowania konkursowego jest wybór najbardziej korzystnej oferty. Wymogi stawiane oferentom oraz zakres pytań wskazuje, że ma być to najkorzystniejsza z punktu widzenia świadczenia opieki zdrowotnej oferta, a pacjenci mają prawo do korzystania ze świadczeń oferowanych przez podmioty ocenione najwyżej.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia interesu prawnego Odwołującego się, poprzez nie wybranie jego oferty, co ma skutkować brakiem możliwości realizowania umowy o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych przez kolejne 5 lat, Organ przypomina, że już w odpowiedzi na ww. pismo oferenta z dnia 29 kwietnia br. Dyrektor nie wykluczył ewentualnego ogłoszenia dodatkowych postępowań konkursowych w tym zakresie świadczeń, jednak uzależnione jest to od posiadanych środków finansowych.

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 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 obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie w szczególności zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu. Przepis art. 134 ust. 2 *Ustawy* nakłada nadto na Fundusz obowiązek, by wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były wszystkim świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Wszyscy świadczeniodawcy byli jednakowo informowani o jego zasadach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny skarżącego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. Wszystko to służy nadrzędnemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz transparentne, prowadzące do wyboru ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich

kompleksowość, a także najlepszą dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy Oferentami.

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

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

Mając na uwadze powyższe, należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie ②
Elżbieta Fryźlewicz-Czrapińska

Decyzje otrzymują:

1. Strony:

- 1) DaVita spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Legnicka 48/bud. F 54-202 Wrocław - strona składająca odwołanie
 - 2) Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie, ul. Wielicka 265, 30-663 Kraków -strona wybrana do zawarcia umowy
 - 3) Fresenius Nephrocare Polska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Krzywa 13 60-118 Poznań - strona wybrana do zawarcia umowy
 - 4) Diaverum Polska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Cylichowska 13/15 04-769 Warszawa - strona wybrana do zawarcia umowy.
2. Organ aa.

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 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 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1302) 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 ma prawo ubiegania się o przyznanie prawa pomocy zgodnie z art. 243 i n. ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi. 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. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna. (Art. 127a. § 1 i § 2 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).