

Kraków, dnia 14.02.2014

Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci
i Młodzieży Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
ul. Wielicka 25
30-552 KRAKÓW

Decyzja
z dnia 17 LUT 2014 2014 r.

nr 2./AOS/2014

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3, w związku z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.), w związku z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 lutego 2012 r. (sygn. akt VI SA/Wa 1636/11), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością- od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-11-000382/AOS/02/1/02.1281.001.02/1 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: reumatologia dla dzieci, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

~~uwzględnia~~/oddala* odwołanie

* niepotrzebne skreślić

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na podstawie art. 139 ust. 1 i 2 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t. j. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) zwanej dalej także „*Ustawą*”, ogłosił w dniu 15 września 2010 roku postępowanie nr 06-11-000382/AOS/02/1/02.1281.001.02/1 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: reumatologia dla dzieci na okres od 1 stycznia 2011 roku do dnia 31 grudnia 2013 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 100 923,60 zł. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 16 grudnia 2010 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 postanowieniami art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania 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 odwołanie w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W rezultacie wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Odwołującego 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 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. 2000r., nr 98, poz. 1071 z późn. zm.). 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 przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu, wnoszone za pośrednictwem Dyrektora OW NFZ.

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

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-11-000382/AOS/02/1/02.1281.001.02/1 z dnia 15 września 2010 roku Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym w szczególności z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z dnia 29 sierpnia 2009 roku (Dz. U. z 2009r., nr 139, poz. 1142 ze zmianami) powinni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt. 3 *Ustawy* spełniać wymagania określone przez Prezesa NFZ wskazane w:

- zarządzeniu nr 62/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- zarządzeniu nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oprócz tego w ogłoszeniu w/w postępowania wskazano, że oferty będą oceniane zgodnie z zarządzeniem nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn.zm.). Jednocześnie komisja konkursowa działała w oparciu o regulamin pracy komisji konkursowej, prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przyjęty Uchwałą nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., zwany dalej regulaminem.

Odwołujący w ofercie złożył oświadczenie, że *„zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania”*.

W części jawnej konkursu komisja konkursowa dokonała oceny formalno- prawnej złożonych ofert oraz stwierdziła spełnienie przez Oferenta i jego ofertę wymagań określonych w w/w przepisach.

Oferta została zakwalifikowana do części niejawnej postępowania jako spełniająca wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz warunki określone przez Prezesa

Funduszu na podstawie art. 146 ust.1 pkt. 3 *Ustawy*, co jeszcze nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy. Pozwala to jedynie na dokonanie na podstawie art. 148 *Ustawy* oraz § 1 Zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 listopada 2009 roku (z późn. zm.), oceny i porównania ofert odrębnie dla każdego oferowanego zakresu świadczeń w ramach danego postępowania. Ogłoszenie o postępowaniu konkursowym wskazywało w/w akty prawne i inne regulacje stanowiące podstawy, w oparciu o które komisja konkursowa oceniała ofertę i spełnienie warunków niezbędnych do zawarcia umowy przez Oferenta. Stosownie do treści § 1 w/w zarządzenia nr 73/2009/DSOZ elementami kryteriów są:

1. jakość oceniana w szczególności jako:
 - a. kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
 - b. wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
 - c. zewnętrzną ocenę jakości,
 - d. wyniki kontroli przeprowadzonej przez NFZ,
2. kompleksowość oceniana w szczególności jako:
 - a. możliwość kompleksowej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, uwzględniająca wszystkie elementy i etapy procesu ich realizacji (w tym diagnostyczne i terapeutyczne),
 - b. planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,
 - c. ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, zapewniającą łączenie ciągłości procesu diagnostycznego lub terapeutycznego,
 - d/ wymagania formalne,
3. ciągłość, która jest oceniana w szczególności poprzez ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty,
4. dostępność, czyli:
 - a. liczbę dni i godzin pracy w harmonogramie pracy,
 - b. organizację przyjęć świadczeniobiorców,
 - c. brak barier dla osób niepełnosprawnych,
5. cena oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez NFZ w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Szczegółowe parametry kryteriów oceny ofert dla świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz wagę poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej określono w Tabeli 1.1.1., stanowiącej załącznik nr 1 do w/w zarządzenia nr 73/2009/DSOZ.

W oparciu o w/w kryteria na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet dokonano oceny ofert, a następnie ich porównania i na tej podstawie sporządzono ranking otwarcia. Ranking powstaje w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny oferty. Oferty o tej samej liczbie punktów zajmują tę samą pozycję w rankingu, a ranking jest sporządzany dla każdego miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie.

Oferta Odwołującego w rankingu otwarcia uzyskała łącznie 50,833 punktów, na co składały się następujące wartości:

1. Kryteria niecenowe:

- ciągłość – 10 pkt.
- kompleksowość – 0 pkt.
- jakość – 20 pkt.
- dostępność – 5,833 pkt.

2. Kryteria cenowe:

- cena – 15 pkt.

Komisja Konkursowa, w myśl art. 142 ust. 6 *Ustawy*, w celu ustalenia liczby i ceny planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi oferentami zakwalifikowanymi do części niejawnego postępowania, tj. których oferty spełniały stawiane wymagania i nie zostały odrzucone. W dniu 6 grudnia 2010 r. przeprowadzono negocjacje z Odwołującym, w wyniku których ustalono cenę jednostkową w wysokości 9,10 zł oraz liczbę świadczeń w ilości 3000 pkt. Odzwierciedleniem dokonanych ustaleń jest podpisany protokół końcowy, w którym strony ustaliły stanowisko zbieżne. Oferent nie wniósł żadnych uwag do protokołu.

Po zakończeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami sporządzono ranking końcowy w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. Oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. W rankingu końcowym oferta Odwołującego została sklasyfikowana na 4. miejscu, gdyż uzyskała ostatecznie 54,059 punktów, w tym za poszczególne kryteria niecenowe jak przedstawiono powyżej, zaś za kryterium cenowe otrzymała po przeprowadzonych negocjacjach 18,226 punktów.

Ostatecznie Komisja Konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 *Ustawy* dokonała wyboru ofert celem zawarcia umowy w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania środków finansowych, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania, tj. ofert, które w rankingu końcowym uzyskały największą liczbę punktów. O miejscu w rankingu końcowym zadecydowała

punktacja jaką Odwołujący otrzymał za wszystkie w/w kryteria oceny ofert, a także punktacja, jaką uzyskali pozostali oferenci biorący udział w postępowaniu.

Oferenta Odwołującego nie uzyskała w rankingu końcowym wystarczającej liczby punktów, aby zostać wybraną do zawarcia umowy.

W dniu 22 grudnia 2010 roku Oferent (z zachowaniem 7 dniowego terminu) złożył odwołanie od rozstrzygnięcia w/w postępowania. W złożonym piśmie Odwołujący wskazał m.in. że rozstrzygnięcie konkursu ofert narusza przepisy *Ustawy* w zakresie dotyczącym oceny ofert, wyboru ofert, prowadzeniu negocjacji z oferentami, jak również narusza zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz zasadę nakładającą na NFZ obowiązek prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Odwołujący poinformował, że z oświadczenia komisji wynikało jednoznacznie, że ustalenie ilości i cen potwierdzone podpisaniem protokołu końcowego oznacza ustalenie tych składników umowy i wybór oferenta do zawarcia umowy. Odwołujący podniósł zarzut, że nie wybranie jego oferty uniemożliwiło udział jego oferty w postępowaniu konkursowym na zasadach określonych w *Ustawie*, uniemożliwiło uczestniczenie w negocjacjach na równych zasadach dla wszystkich oferentów oraz uniemożliwiło zawarcie umowy w zakresie objętym odwołaniem.

W ślad za złożonym odwołaniem zostało wszczęte postępowanie administracyjne. Oferent został powiadomiony o możliwości skorzystania z prawa określonego art. 10 § 1 kpa w przedmiocie zapoznania się i wypowiedzenia co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

W wyniku rozpatrzenia odwołania Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając na podstawie art. 154 ust 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 *Ustawy* decyzją nr 46/AOS/2011 z dnia 4 stycznia 2011 roku oddalił odwołanie.

Pismem z dnia 14 stycznia 2011 roku Odwołujący zaskarżył decyzję nr 46/AOS/2011 do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem Dyrektora MOW NFZ. Odwołujący w złożonym piśmie wskazał między innymi na naruszenie ze strony MOW NFZ:

- przepisów *Ustawy* o ocenie ofert, tj. art. 148, przepisów ustawy o wyborze ofert, tj. art. 142 ust. 5 pkt 1, przepisów ustawy o prowadzeniu negocjacji z oferentami art. 142 ust. 6 *Ustawy*, jak również naruszenie art. 134 ust. 1 *Ustawy*, tj. naruszenie zasad gwarantujących zachowanie uczciwej konkurencji;
- przepisów o postępowaniu administracyjnym, w szczególności art. 73 § 1 poprzez uniemożliwienie oferentowi zapoznania się z całością dokumentacji konkursowej, w

tym w szczególności z ofertami pozostałych uczestników postępowania konkursowego;

- przepisów o postępowaniu administracyjnym, a w szczególności art. 107 kodeksu postępowania administracyjnego poprzez wadliwe uzasadnienie faktyczne i prawne zaskarżonej decyzji.

W wyniku rozpatrzenia odwołania Prezes NFZ decyzją nr 754/2011/DSOZ z dnia 20 maja 2011 roku utrzymał w mocy decyzję Dyrektora MOW NFZ nr 46/AOS/2011 z dnia 4 stycznia 2011 roku.

Następnie Odwołujący, reprezentowany przez radcę prawnego wniósł do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie skargę na w/w decyzję Prezesa NFZ. Wnosząc o uchylenie w całości zaskarżonych decyzji strona podniosła następujące zarzuty:

- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 148 (o ocenie ofert), art. 142 ust. 5 pkt 1 (o wyborze ofert), art. 142 ust. 6 (o prowadzeniu negocjacji z oferentami) oraz art. 134 ust. 1 i 2 (zasady równego traktowania świadczeniodawców) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. 2008 r. nr 164, poz. 1027 z późn. zm.);
- naruszenie prawa materialnego, tj. art. 154 ust. 1 *Ustawy*, poprzez ograniczenie badania prawidłowości przeprowadzenia postępowania konkursowego wyłącznie do czynności podejmowanych w stosunku do jednego uczestnika tego konkursu i tylko jednej oferty, zamiast zbadania wszystkich czynności podjętych w toku postępowania w stosunku do wszystkich uczestników tego konkursu;
- naruszenie przepisów o postępowaniu administracyjnym, a w szczególności art. 9 kpa, art. 10 § 1 kpa, art. 73 §1 kpa, art. 74 § 1 oraz § 2 kpa, art. 75 § 1, art. 77 § 1 kpa, art. 78 § 1 kpa, art. 80 kpa i art. 107 § 1 i 3 kpa.

Wojewódzki Sąd Administracyjny w zakresie swojej właściwości dokonał oceny zaskarżonych decyzji, według stanu faktycznego i prawnego obowiązującego w dacie wydania decyzji. Na tej podstawie wyrokiem z dnia 7 lutego 2012 roku (sygn. akt VI SA/Wa 1636/11) uchylił decyzję Prezesa NFZ nr 754/2011/DSOZ z dnia 20 maja 2011 roku oraz poprzedzającą ją decyzję Dyrektora MOW NFZ nr 46/AOS/2011 z dnia 4 stycznia 2011 roku (pkt.1) wskazując równocześnie, że obydwie decyzje nie podlegają wykonaniu (pkt.2). Wojewódzki Sąd Administracyjny w pkt 3 orzekł o kosztach postępowania i zasądził od Prezesa NFZ na rzecz Skarżącego kwotę 457 zł.

Po doręczeniu odpisu prawomocnego wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ wszczął procedurę administracyjną

zmierzającą do ponownego wydania decyzji w przedmiotowej sprawie. W pierwszej kolejności MOW NFZ poinformował Odwołującego pismem z dnia 2 stycznia 2014 roku o nowym terminie rozpatrzenia sprawy i wydania decyzji administracyjnej (zgodnie z art. 36 kodeksu postępowania administracyjnego), znak pisma: WOKSII/442-156-MJ/2014. Dodatkowo pismem z dnia 31 grudnia 2013 roku (znak pisma: WOKSII/442-o-97-MJ/2014), celem realizacji prawa, o którym mowa w art. 10 § 1 *kodeksu postępowania administracyjnego*, Odwołujący został zawiadomiony o przysługującym mu prawie do zapoznania się z zebrany materiał dowodowy. Odwołujący nie wyraził chęci skorzystania z przysługujących mu uprawnień.

W stosunku do zarzutów formułowanych przez Odwołującego należy wskazać, co następuje:

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 148 *Ustawy* w sposób opisany w odwołaniu, ustalono, iż oferta Odwołującego została oceniona według jednolitych, stosownych wobec wszystkich oferentów (kryteriów oceny) obejmujących: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, w tym kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz cenę i liczbę oferowanych świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od Świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Komisja konkursowa właściwie oceniła nadesłane oferty pod względem przesłanek określonych w art. 149 *Ustawy* ustalając, iż żadna ze złożonych ofert nie podlega odrzuceniu na podstawie przesłanek określonych w ustawie.

Wszyscy oferenci odpowiadali na te same pytania. Ocena ofert odbywała się w sposób jednolity i częściowo zautomatyzowany poprzez „zacytanie” ofert wraz z odpowiedziami ankietowymi do systemu informatycznego NFZ. W oparciu o algorytm zawarty w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ system przydzielił odpowiednią liczbę punktów. Liczba ta stanowiła o wyjściowej pozycji oferty w tzw. rankingu otwarcia. Ustalona na tym etapie postępowania liczba punktów mogła ulec zmianie w toku szczegółowej oceny ofert, kontroli i negocjacji z oferentami. Ostateczna ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający prace komisji konkursowej, co gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Oferta Odwołującego została oceniona w następujący sposób:

Lp.	Nazwa grupy pytań - ROZUMIANE POPRZEZ	Nazwa Kategorii	Pytanie	Odpowiedź na pytanie	Min liczba punktów do uzyskania	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba uzyskanych punktów	Liczba uzyskanych punktów po przeskalowaniu
1.1.1.1	ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CIĄGŁOŚĆ	Czy świadczeń udziela lekarz specjalista reumatologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z reumatologii?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	1	1	1,6667
1.1.2.1	ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do kapilaroskopu?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	1	1	1,6667
1.1.3.1	ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań RTG?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	1	1	1,6667
1.1.3.2	ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań mikrobiologicznych?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	1	1	1,6667
1.1.3.3	ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań laboratoryjnych?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	1	1	1,6667
1.1.3.4	ZMNIJSZENIE RYZYKA PRZERWANIA CIĄGŁOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań USG - w lokalizacji?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy	0	1	1	1,6667
1.2.1.1	PERSONEL	JAKOŚĆ	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista reumatologii?	Czas pracy równy 100 % czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	0	10	10	15,3846
1.2.2.1	PERSONEL	JAKOŚĆ	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50% czasu pracy poradni?	Tak	0	3	3	4,6154
1.3.1.1	HARMONOGRAM PRACY KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	DOSTĘPNOŚĆ	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	0	6	1	0,8333

1.4.1.1	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	JAKOŚĆ	Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie	0	2,5	0	0
1.4.1.2	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	JAKOŚĆ	Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie	0	2,5	0	0
1.5.1.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)?	Nie	-1	0	0	0
1.5.2.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?	Nie	-3	0	0	0

1.5.2.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?	Nie	-1	0	0	0
1.5.2.3	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielania świadczenia świadczeniobiorcy?	Nie	-3	0	0	0
1.5.2.4	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy?	Nie	-3	0	0	0
1.5.3.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?	Nie	-2	0	0	0
1.5.3.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?	Nie	-1	0	0	0

1.5.4.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?	Nie	-1	0	0	0
1.5.4.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodnością z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?	Nie	-2	0	0	0
1.5.4.3	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	Nie	-2	0	0	0
1.5.5.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych?	Nie	-2	0	0	0

1.5.5.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?	Nie	-3	0	0	0
1.5.6.1	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych ?	Nie	-3	0	0	0
1.5.6.2	WYNIKI KONTROLI PROWADZONYCH PRZEZ NFZ	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?	Nie	-3	0	0	0
1.6.1.1	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	DOSTĘPNOŚĆ	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	Tak	0	2	2	1,6667
1.6.1.2	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	DOSTĘPNOŚĆ	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak	0	2	2	1,6667
1.6.1.3	DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	DOSTĘPNOŚĆ	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	Tak	0	2	2	1,6667

Łączna liczba punktów oceny oferty za kryterium niecenowe	35,833
Liczba punktów oceny oferty za kryterium cenowe (cena)	18,226
Łączna liczba punktów oceny oferty	54,059

Ustosunkowując się do zarzutu naruszenia art. 142 ust. 5 pkt 1 *Ustawy* należy wskazać, iż zgodnie z treścią tego przepisu komisja konkursowa może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość i dostępność oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Zgodnie z art. 142 ust 6 *Ustawy* „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”, niemniej jednak ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie zobowiązuje komisji konkursowej do obligatoryjnego przeprowadzenia negocjacji. Przepisy prawa obowiązujące w tym zakresie nie regulują także technicznego sposobu przeprowadzenia negocjacji, który zależy w głównej mierze od woli stron. Komisja konkursowa składa oferentom propozycję co do liczby świadczeń, która wynika z danych przedstawionych w ofercie, na podstawie których (wg. jednolitych zasad) ocenia się potencjał wykonawczy.

Każda ze stron podczas negocjacji przedstawia swoją propozycję finansową. Odwołujący w swoim odwołaniu podnosi, iż „z oświadczenia komisji (...) wynikało jednoznacznie, że ustalenie tych ilości i cen, potwierdzone podpisaniem protokołu końcowego, oznacza ustalenie tych składników umowy i umieszczenie oferty Oferenta w rankingu ofert na miejscu gwarantującym mu (...) wybór jego oferty do zawarcia umowy”. Przy czym zaznaczyć należy, iż w treści protokołu końcowego, podpisanego przez Odwołującego dnia 6 grudnia 2010 r. wyraźnie wskazano, iż „podpisanie przez strony protokołu negocjacji zawierającego liczby i ceny świadczeń nie stanowi podstawy zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ani roszczenia o zawarcie takiej umowy”. W niniejszym protokole znajduje się również pouczenie, z którego wynika że protokół z negocjacji jest wyrazem ostatecznego stanowiska co do ilości i ceny, a zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta lub przyrzeczenia zawarcia z nim umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Pouczenie tej treści znajduje swoje umocowanie m.in. w art. 142 ust 6 *Ustawy*, zgodnie z którym negocjacje są prowadzone w celu ustalenia ostatecznej oferowanej ceny, która to dopiero ma posłużyć do końcowej oceny oferty. Zatem zawarcie umowy z oferentem jest uzależnione od wyniku w rankingu końcowym wszystkich oferentów, uwzględniającego także wynegocjowane ceny, co znajduje swój wyraz w późniejszym rozstrzygnięciu i wybraniu ofert najkorzystniejszych, co z kolei wynika z art. 142 ust 5 pkt 1 i art. 151 *Ustawy*.

Należy mieć na względzie, iż postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi udział w postępowaniu. Jeszcze raz trzeba wyraźnie zaznaczyć, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert. 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 przez to zostały wybrane celem zawarcia umowy.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 134 *Ustawy* w aspekcie równości traktowania wszystkich oferentów należy podkreślić, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Uczestnikom konkursu zostały udostępnione zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z załącznikami, które określały zarówno wymagania stawiane oferentom jak i kryteria oceny ofert. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie jasno określonych kryteriów. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem omawianej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w rozpoznawanej sprawie nie nastąpiła. 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.

Zarzut naruszenia zasady równego traktowania oferentów, polegający na nierównoczesnym prowadzeniu negocjacji oraz faworyzowaniu innych oferentów poprzez udzielanie im dodatkowych informacji o ich pozycji w rankingu końcowym i kolejne modyfikacje ceny, mające zepchnąć Oferenta poniżej tzw. linii odcięcia jest oczywiście chybiony i gołosłowny. Biorąc pod uwagę art. 143 ust. 5 w związku z art. 142 ust. 5 i 6 *Ustawy* komisja konkursowa w części niejawnego postępowania może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia stanowiska stron odnośnie liczby i ceny świadczeń

opieki zdrowotnej. W przypadku podjęcia decyzji o przeprowadzeniu negocjacji komisja może przeprowadzić je ze wszystkimi lub wybranymi oferentami, zachowując przy tym zasady określone w art. 142 ust. 7 *Ustawy*. W przypadku postępowania nr 06-11-000382/AOS/02/1/02.1281.001.02/1 komisja konkursowa zaprosiła do negocjacji wszystkich czterech oferentów, co miało zadośćuczynić zasadzie równego traktowanie. Ze względów organizacyjnych negocjacje ze wszystkimi zaproszonymi oferentami nie zostały przeprowadzone tego samego dnia, nie mniej jednak w żaden sposób nie ujmowało to bezstronności komisji konkursowej wobec poszczególnych uczestników postępowania. Należy zaznaczyć, iż w przepisach prawa nie ma określonych wymogów co do wyznaczenia przez komisję terminów negocjacji dla poszczególnych oferentów, a tym bardziej nie ma wymogu, aby wszystkie odbywały się w tym samym dniu. Jedynym wymogiem w tej kwestii, wynikającym w *Ustawy* jest przeprowadzenie negocjacji w części niejawniej postępowania, po szczegółowym sprawdzeniu oferty i ewentualnej kontroli w miejscu udzielania świadczeń. W stosunkach cywilno-prawnych, a taki charakter miały negocjacje prowadzone w przedmiotowym postępowaniu, strony mogą ustalić szczegółowe zasady ich prowadzenia, których charakter musi być oceniany wobec szczególnego reżimu prawnego wynikającego z *Ustawy*. Decyzja komisji w tym zakresie nie była stronnicza i nie miała na celu faworyzowania któregokolwiek z oferentów, a kolejność zapraszanych do negocjacji oferentów wynikała tylko i wyłącznie ze względów organizacyjnych. Należy wyraźnie podkreślić, iż dopiero po przeprowadzeniu wszystkich negocjacji zostaje ustalony ranking końcowy i wybrana najkorzystniejsza oferta i nie ma na to wpływu ani termin, ani kolejność przeprowadzanych negocjacji.

Jak już wyżej wskazywano, w postępowaniu nr 06-11-000382/AOS/02/1/02.1281.001.02/1 ustalenie liczby i ceny miało miejsce w czasie spotkania negocjacyjnego, indywidualnego dla każdym z oferentów, czego efektem było spisanie z każdym z osobna protokołu końcowego z negocjacji. Każdy oferent przed rozpoczęciem negocjacji otrzymywał informację o swojej pozycji w rankingu otwarcia, a następnie był proszony o podanie swojej ostatecznej propozycji co do ceny i liczby świadczeń. Nie można jednak wymagać, aby członkowie komisji konkursowej podpowiadali lub w jakikolwiek inny sposób sugerowali jaką cenę czy ilość powinien wskazać oferent, aby zostać wybranym do zawarcia umowy. Oferent przystępując do konkursu ofert powinien przygotować ofertę jak najbardziej konkurencyjną w stosunku do innych, również pod względem ceny i liczby świadczeń, tak więc komisja konkursowa nie może w żaden sposób podpowiadać komukolwiek jakie odpowiedzi ankietowe są właściwe i najwyższej punktowane, ani jaka cena będzie najbardziej odpowiednia, gdyż naraziłaby się na zarzut naruszenia zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Tym samym należy stanowczo podkreślić, że komisja konkursowa nie mogła udzielać w trakcie

poszczególnych spotkań żadnemu z oferentów informacji o stanowiskach pozostałych konkurentów co do ilości i ceny, tak aby negocjacje nie przyjęły formy licytacji, gdyż nie taki powinien być ich charakter. 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*.

Za chybiony należy uznać zarzut naruszenia art. 154 ust. 1 *Ustawy*, polegający na twierdzeniu, jakoby podejmowane w trakcie postępowania odwoławczego czynności ograniczały się do badania prawidłowości postępowania konkursowego wyłącznie w stosunku do oferty Odwołującego.

W celu umożliwienia weryfikacji prawidłowości wyboru ofert dokonanych przez komisję konkursową MOW NFZ, mając na względzie wytyczne Sądu Administracyjnego, przedstawia ranking końcowy z uwzględnieniem szczegółowej punktacji wszystkich Oferentów:

Nazwa oferenta	Punkty za ofertę cenową	Ciągłość	Kompleksowość	Jakość	Dostępność	Punkty razem za kryteria niecenowe	Punkty łącznie	Status negocjacji
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	30,00	10,00	-	17,885	6,667	34,552	64,552	zbieżne ostateczne
Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	23,065	8,333	-	20,00	6,667	35,00	58,065	zbieżne ostateczne
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Tuchów	19,839	10,00	-	22,50	5,00	37,50	57,339	zbieżne ostateczne
Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Sp. z o.o.	18,226	10,00	-	20,00	5,833	35,833	54,059	zbieżne ostateczne

Oprócz tego poniżej przedstawiono punktację w rozbiciu na poszczególne składowe oceny ofert dla każdego z oferentów, biorącego udział w postępowaniu, która wygląda następująco:

Nazwa Oferenta			Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Zdrowia Tuchów	Specjalistyczne Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży Sp. z o.o.				
Lp.	Nazwa Kategorii	Pytanie	Odpow- iedź	Liczba uzyska- nych punktów po przeska- lowaniu	Odpow- iedź	Liczba uzyska- nych punktów po przeska- lowaniu	Odpow- iedź	Liczba uzyska- nych punktów po przeska- lowaniu	Odpow- iedź	Liczba uzyska- nych punktów po przeska- lowaniu
1.1.1.1	CIĄGŁOŚĆ	Czy świadczeń udziela lekarz specjalista reumatologii lub lekarz w trakcie specjalizacji z reumatologii?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667
1.1.2.1	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do kapilaroskopu?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Nie spełniam warunku w dniu złożenia oferty, ale będę spełniać od początku obowiązania umowy	0	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667
1.1.3.1	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań RTG?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667
1.1.3.2	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań mikrobiologicznych ?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667
1.1.3.3	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewnia dostęp do badań laboratoryjnych?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667

1.1.3.4	CIĄGŁOŚĆ	Czy oferent zapewni dostęp do badań USG - w lokalizacji?	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667	Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązania umowy	1,6667
1.2.1.1	JAKOŚĆ	W jakim wymiarze czasu pracy świadczeń udziela lekarz specjalista reumatologii?	Czas pracy równy 100 % czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	15,3846	Czas pracy równy 100 % czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	15,3846	Czas pracy równy 100 % czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	15,3846	Czas pracy równy 100 % czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni	15,3846
1.2.2.1	JAKOŚĆ	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy pielęgniarka - w wymiarze czasu pracy równym co najmniej 50% czasu pracy poradni?	Nie	0	Tak	4,6154	Tak	4,6154	Tak	4,6154
1.3.1.1	DOSTĘP- NOSC	Ile godzin w tygodniu pracuje poradnia/ pracownia?	Powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie	1,6667	Powyżej 24 godzin do 36 godzin włącznie	1,6667	12 godzin lub mniej	0	Powyżej 12 godzin do 24 godzin włącznie	0,8333
1.4.1.1	JAKOŚĆ	Czy oferent posiada certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.4.1.2	JAKOŚĆ	Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy?	Tak	2,5	Nie	0	Tak	2,5	Nie	0
1.5.1.1	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w umowie lub udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie /brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie (brak atestów lub przeglądów)?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0

1.5.2.1	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.2.2	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.2.3	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieuzasadnioną odmowę udzielania świadczenia świadczeniobiorcy?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.2.4	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0

1.5.3.1	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.3.2	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezasadne ordynowanie leków?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.4.1	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.4.2	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niezgodność z NFZ zmianę harmonogramu udzielania świadczeń?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.4.3	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0

1.5.5.1	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.5.2	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono udaremnienie lub utrudnianie kontroli?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.6.1	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym stwierdzono niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych ?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.5.6.2	JAKOŚĆ	Czy w wyniku kontroli przeprowadzonych przez NFZ rozpoczętych po dniu 1 stycznia 2010 i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wykazano stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach?	Nie	0	Nie	0	Nie	0	Nie	0
1.6.1.1	DOSTĘP- NOŚĆ	Czy oferent zapewnia co najmniej jedno pomieszczenie sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667

1.6.1.2	DOSTĘP- NOŚĆ	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%?	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667
1.6.1.3	DOSTĘP- NOŚĆ	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji miejsc udzielania świadczeń powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667	Tak	1,6667
Łączna liczba punktów za kryterium niecenowe			34,552	35,000	37,500	35,833				
Liczba punktów za cenę			30,00	23,065	19,839	18,226				
Liczba punktów łącznie			64,552	58,065	57,339	54,059				

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 9 kpa, art. 10 § 1 kpa, art. 73 §1 kpa, art. 74 § 1 i 2 oraz § 2 kpa, art. 75 § 1, art. 77 § 1 kpa, art. 78 § 1 kpa, art. 80 kpa, art. 107 § 1 i 3 kpa – należy wziąć pod uwagę, iż zarzuty Odwołującego dotyczące naruszenia przepisów postępowania administracyjnego odnoszą się w głównej mierze do kwestii nieudostępnienia ofert pozostałych oferentów. Realizując zalecenia i wytyczne zawarte w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 7 lutego 2012 roku (sygn. akt IV SA/Wa 1636/11), Dyrektor MOW NFZ poprzedził wydanie niniejszej decyzji realizacją dyspozycji określonej art. 10 § 1 kpa . Odwołujący pismem z dnia 31 grudnia 2013 roku, znak: WOKSII/442-o-97-MJ/2014 został poinformowany o przysługującym mu prawie wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w/w postępowania. Odwołujący jednak nie wyraził chęci zapoznania się z dokumentacją z postępowania nr 06-11-000382/AOS/02/1/02.1281.001.02/1.

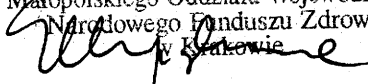
Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego, realizując tym samym dyspozycje wynikające z art. 7, 77 oraz 107 § 3 k.p.a. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał wszystkie 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.

Zgodnie z wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08) 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. Interes prawny Oferenta należy oceniać zawsze na kanwie konkretnego postępowania i możliwości zawarcia przez niego umowy; posiadanie interesu prawnego związane jest zawsze z oceną czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że świadczeniodawca pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. W ocenie Organu do naruszenia interesu prawnego Oferenta nie doszło.

Postępowanie konkursowe prowadzone było zgodnie z przepisami prawa, z poszanowaniem zasad uczciwej konkurencji i zasad równego traktowania wszystkich oferentów, w żadnym momencie nie doszło do naruszenia wymagań formalnoprawnych czy jednolitości stosowanych kryteriów. Oferent uzyskał pełną i przejrzystą informację co do sposobu wyboru oferentów do zawarcia umowy, poznał szczegółową punktację z podziałem na konkretne składowe oceny oferty. Po kompleksowej analizie sprawy Organ stwierdza, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

p.o. DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Elżbieta Fryzlewicz-Chrapisińska

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 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.