

MOKSΓ - 442 - 13 | MW | 14

Kraków, dnia 31 marca 2014 r.

Szanowny Pan
Krzysztof Rutkowski
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej
w Mogilanach
ul. św. Bartłomieja Apostoła 21
32-031 Mogilany

Decyzja
z dnia 31 marca 2014 r.
nr 2/2014/POZ
Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie

Działając na podstawie art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. nr 267) oraz art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) zwaną dalej „ustawą”, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach ul. św. Bartłomieja Apostoła 21, – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000061/POZ/0112/01.0000.155.16/1, prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń: nocna i świąteczna opieka zdrowotna, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

oddala odwołanie

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 3 lutego 2014 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-14-000061/POZ/0112/01.0000.155.16/1 w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń: nocna i świąteczna opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50.000 osób- ryczałt miesięczny na obszarze 1206092 – Mogilany, 1206143 – Świątniki Górne na okres od 1.04.2014 do dnia 31.03.2019 roku.

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 2 oferty. Oferentami byli: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach oraz OPC Spółka z o.o Kraków Spółka Komandytowa.

Na podstawie art. 151 ust. 1 *ustawy* nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania w dniu 10 marca 2014 r.

Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej MOW NFZ w Krakowie, co oznacza że została wypełniona dyspozycja art. 151 ust. 2 *ustawy*.

W ogłoszeniu o rozstrzygnięciu postępowania o powyższym numerze znalazła się informacja o wyborze oferty OPC Spółka z o.o Kraków Spółka Komandytowa do zawarcia umowy.

Zgodnie z 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*.

Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po tym terminie nie podlega rozpatrzeniu.

W dniu 14 marca 2014 roku Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach, zwany dalej „odwołującym” wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000061/POZ/0112/01.0000.155.16/1, prowadzonego w trybie konkursu ofert poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Odwołanie zostało złożone w terminie.

W uzasadnieniu odwołania Odwołujący wskazał na następujące okoliczności oraz zarzuty:

- Oferent złożył ofertę do postępowania poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz, że „*Oferta Odwołującego się została zakwalifikowana do konkursu jako spełniająca wymagania określone w obowiązujących przepisach prawa w tym zakresie.*”
- Z Oferentem przeprowadzono negocjacje podczas, których „*złożył ofertę w zakresie obniżenia proponowanej przez niego kwoty o 10 %.*”
- „*Oferta spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz merytoryczne, jednak nie została ona wybrana w celu zawarcia umowy. Z takim stanowiskiem MOW NFZ nie może zgodzić się Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach.*”

- Odwołujący zarzucił, że „MOW NFZ dokonując oceny oferty złożonej przez SPZOZ w Mogilanach z pewnością nie uwzględnił ciągłości w zakresie udzielania przez Odwołującego się świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie: nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”. Odwołujący zaznaczył, że Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach od 1999 roku do dnia dzisiejszego nieprzerwanie udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w powyższym zakresie. Odwołujący zarzucił, że prowadząc postępowanie Komisja Konkursowa nie przyznała odwołującemu dodatkowych punktów za ciągłość. Powyższy wadliwy w ocenie Odwołującego sposób oceny oferty pod względem kryterium ciągłości skutkował jej niewybraniem. Odwołujący przedstawił także okoliczności realizacji przez niego świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach podwykonawstwa dla „Przychodni Zdrowia Skawina” w latach 2011-2013.
- Odwołujący uznaje za zasadne przedstawione przez niego zarzuty i w jego opinii okoliczności te powodują powinność uwzględnienia odwołania.

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, są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1 tego przepisu lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4 tego przepisu oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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. Kodeks postępowania administracyjnego oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 ustawy pismami o znaku WOKSII/442-o-08/BSG/2014 oraz WOKSII/442-o-09/BSG/2014 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu, następnie poinformował strony postępowania o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 §1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 267). Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie 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.

W dniu 27 marca 2014 roku oferent skorzystał z przysługującego prawa określonego art. 10 k.p.a. Oferent nie podnosił dalszych zarzutów, celem uzupełnienia odwołania.

Dokonując oceny zasadności przedmiotowych zarzutów postawionych przez Odwołującego wymaga wskazania przebieg postępowania o nr 06-14-000061/POZ/0112/01.0000.155.16/1.

Opis przebiegu postępowania uwzględnia implementację przepisów ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U.2013 r., poz. 1290).

Zgodnie ze znowelizowanym brzmieniem art. 135 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zasadę jawności ofert składanych w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę - w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert.

W konsekwencji tej regulacji w zarządzeniu nr 74/2013/DSOZ Prezes NFZ wskazał, że oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po zakończeniu postępowania, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę. Zastrzeżenie informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy w formie pisemnej, może nastąpić w szczególności poprzez wypełnienie i załączenie do oferty formularza, którego wzór określony został w załączniku nr 7 do zarządzenia nr 74/2013/DSOZ Prezes NFZ.

Zastrzeżenie dotyczące wyłączenia jawności oferty winno w sposób niebudzący wątpliwości określać informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorcy. Zastrzeżenie nie może mieć jednak charakteru zastrzeżenia ogólnego – zastrzeżenie całości oferty.

"*Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy*" wskazuje elementy oferty, które oferent może zastrzec, mowa tu bowiem o:

- a) wykazie podwykonawców,
- b) wykazie personelu,
- c) wykazie sprzętu,
- d) wykazie pojazdów,
- e) wykazie pomieszczeń,
- f) wykazie miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców,
- g) ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń,
- h) harmonogram udzielania świadczeń,
- i) harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową,
- j) ankiety dotyczące danego postępowania w części zawierającej informacje zastrzeżone wymienione w lit. a-i niniejszego
- k) informacje inne nie wymienione powyżej..

Dnia 17.02.2014 r. "Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy" złożył oferent OPC Spółka z o.o Kraków Spółka Komandytowa zastrzegając – wykaz podwykonawców, wykaz personelu, wykaz sprzętu, wykaz pojazdów, wykaz pomieszczeń, wykaz miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania

świadczeń przez podwykonawców, ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, harmonogram udzielania świadczeń, harmonogram pracy personelu lub jego dostępność godzinową, ankiety dotyczące danego postępowania w całości.

Natomiast dnia 17.02.2014 r. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach złożył "*Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy*" zastrzegając: wykaz personelu, wykaz pojazdów, ofertę w zakresie liczby i ceny dla przedmiotu postępowania i miejsca udzielania świadczeń, ankiety dotyczące danego postępowania w części zawierającej informacje zastrzeżone wymienione w lit. a-i niniejszego.

W tym względzie niniejsze uzasadnienie decyzji uwzględnia elementy zastrzeżone przez strony postępowania.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 3 lutego 2014 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-14-000061/POZ/0112/01.0000.155.16/1 w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń: nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50.000 osób- ryczałt miesięczny na obszarze 1206092 – Mogilany, 1206143 – Świątniki Górne na okres od dnia 1.04.2014 do dnia 31.03.2019 roku.

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

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 z późn. zm.),
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 217z późn. zm.),
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U z 2004 r., nr 273, poz. 2719),
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 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., nr 81, poz. 484),
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 24 września 2013 roku (Dz. U. z 2013 r. poz. 1248),
8. Zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm),
9. Zarządzenie nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
10. Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 64/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 listopada 2013 r. roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wskazano zarówno warunki wymagane do realizacji świadczeń w zakresie nocna i świąteczna opieka zdrowotna jak i warunki dodatkowo oceniane.

Warunki realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

1. Wymagania dotyczące personelu	
Zgodne z częścią II ust.1 załącznika nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1248)	
2. Wymagania lokalowe	
Zgodne z częścią II ust.2 załącznika nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 r., poz. 1248)	
3. Wymagania dotyczące wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny	
Zgodne z częścią II ust.3 załącznika nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2013 r., poz.1248)	
4. Inne wymagania – dodatkowo oceniane	
4.1	Posiadanie certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych, mającego zastosowanie w przedmiocie, na jaki jest składana oferta, ważnego w dniu złożenia oferty
4.2	Co najmniej 30 % liczby lekarzy i tygodniowego czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia (z wyłączeniem lekarzy pediatrów i ich czasu pracy) stanowi łącznie liczba lekarzy i czas pracy lekarzy posiadających następujące, traktowane alternatywnie, specjalizacje:

	- specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) lub będących w jej trakcie – co najmniej 2 lata od rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego, - specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej lub będących w jej trakcie, - specjalizację w tej dziedzinie medycyna ogólnej.
4.3.	Spełnienie warunków dotyczących zapewnienia świadczeń lekarza pediatry, określonych w § 7 ust. 1 pkt 1 lit. a zarządzenia.
4.4.	Spełnienie warunków dotyczących zapewnienia świadczeń lekarza pediatry, określonych w § 7 ust. 1 pkt 1 lit. b zarządzenia.
4.5	Zapewnienie gotowości wyłącznego użytkownika środka transportu sanitarnego, spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane dla obszaru zabezpieczenia, którego dotyczy umowa (co najmniej jednego środka transportu sanitarnego w przypadku obszarów objętych ryczałtem: R1, R2 lub, R3; co najmniej dwóch w przypadku obszaru objętego ryczałtem R4).
4.6	Lokalizacja miejsca udzielania świadczeń w głównym ośrodku administracyjnym na terenie obszaru zabezpieczenia.
4.7	Zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki RTG (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.
4.8	Zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki laboratoryjnej – laboratoria diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 2 oferty. Oferentami byli:

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach oraz
- OPC Spółka z o.o Kraków Spółka Komandytowa.

Obie oferty zostały złożone w terminie, co oznacza, że nie podlegały odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 1 ustawy.

Zgodnie z przyjętym i opublikowanym przez Komisję Konkursową na stronie internetowej harmonogramem otwarcia ofert, na dzień 19.02.2014 przewidziano otwarcie ofert w postępowaniu o numerze 06-14-000061/POZ/0112/01.0000.155.16/1.

W dniu 19.02.2014 r. Komisja Konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze. Komisja konkursowa stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zasad (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2719).

Wszyscy członkowie Komisji konkursowej podpisali oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac Komisji z punktu widzenia wymagań określonych w § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zasad (Dz. U. z 2004 r., Nr 273, poz. 2719).

W toku postępowania Komisja Konkursowa przeprowadziła kontrole u obu oferentów. Kontrolą objęci byli bowiem w szczególności oferenci, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie na jaki złożyli ofertę. Przeprowadzając kontrolę Oferentów Komisja dokonuje w szczególności sprawdzenia:

1. Wyposażenia w sprzęt niezbędny do przeprowadzenia procesu diagnostyczno – terapeutycznego w danym zakresie,
2. Pomieszczenia niezbędne do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z oceną warunków sanitarno – higienicznych,
3. Spełnienie wymogów w zakresie zapewnienia dostępu miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych.

Kolejno wszystkie oferty złożone do postępowania, w tym również oferta odwołującego się Oferenta, zostały zakwalifikowane 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.

Ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ określił w nim, według jakich kryteriów, oferty składane do postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są oceniane. Kryteria oceny ofert są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Oferent przystępując do postępowania ma możliwość zaznajomienia się z treścią w/w zarządzenia.

Zgodnie z treścią § 1 ust.1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert, ceny ofert dokonuje się według następujących kryteriów:

„1) ***jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - ocenianej w szczególności poprzez:***

- a) kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,*
- b) wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,*
- c) zewnętrzną ocenę potwierdzoną certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3,*
- d) ocenę kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej,*
- e) wyniki ostatniej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z uwzględnieniem ewentualnych zastrzeżeń wniesionych do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do wystąpienia pokontrolnego. Wyniki kontroli odnoszą się do całego okresu obowiązywania umowy zawartej na realizację świadczeń*

w danym zakresie świadczeń, obowiązującej w roku poprzedzającym rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) **zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - rozumianej jako możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, ocenianej w szczególności poprzez:

a) planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków,

b) dostęp do badań i zabiegów,

c) posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

d) ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego;

3) **dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej w szczególności poprzez:

a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,

b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,

c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;

4) **ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej** - rozumianej 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 - ocenianej w szczególności poprzez:

a) organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,

b) realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

5) **ceny świadczeń opieki zdrowotnej** - ocenianej poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy."

Kryterium certyfikatu systemu zarządzania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c ww. zarządzenia jest spełnione, jeśli certyfikat systemu zarządzania:

„ 1) ma zastosowanie w przedmiocie, na który złożono ofertę;

2) obejmuje lokalizację (miejsce udzielania świadczeń) wskazaną w ofercie;

3) jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;

4) jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację w zakresie sektora usług medycznych (branża "Zdrowie i opieka społeczna" zgodnie z kodem 38 EA lub kategorią G Katering zgodnie z ISO/TS 22003), udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez równorzędny podmiot zagraniczny i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej."

Natomiast kryterium certyfikatu akredytacyjnego Ministra Zdrowia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lit. c jest spełnione, jeśli:

- „1) certyfikat jest ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 2) w dniu złożenia oferty świadczeniodawca posiada decyzję potwierdzającą przyznanie certyfikatu (legitymowanie się kopią decyzji jest równoznaczne z posiadaniem certyfikatu).”

Szczegółowe parametry kryteriów oceny oraz waga poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne rodzaje lub zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, określone są w załączniku nr 1 do zarządzenia.

Prezes podkreślił, że oceny ofert, według kryteriów – jakość, kompleksowość, dostępność – dokonuje się odrębnie dla każdego oferowanego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach danego postępowania. Wartości danych wykorzystywanych do obliczenia końcowej oceny oferty, w tym w szczególności:

- 1) wagi skalujące (maksymalne liczby punktów oceny),
- 2) liczby punktów jednostkowych odpowiadających poszczególnym parametrom oferty (odpowiedziom w ankiecie),

zostały przedstawione w tabelach załącznika nr 1, odrębnie dla każdego rodzaju kontraktowanych świadczeń. Maksymalna liczba punktów jednostkowych możliwych do uzyskania w zakresie parametrów szczegółowych objętych wspólną wagą skalującą jest uzależniona od wymagań i warunków dodatkowo ocenianych określonych dla danego zakresu świadczeń.

Poniższa tabela przedstawia kryteria oceny ofert złożonych do postępowań w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej mające zastosowanie do niniejszego postępowania.

TABELA NR 1 POZ - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
Jakość-personel	35	jedna odpowiedź do wyboru	1	wszystkie zakresy	co najmniej 30 % liczby lekarzy i tygodniowego czasu pracy lekarzy realizujących świadczenia (z wyłączeniem lekarzy pediatrów i ich czasu pracy) stanowi łącznie liczba lekarzy i czas pracy lekarzy posiadających następujące traktowane alternatywnie specjalizacje: <ul style="list-style-type: none"> • w dziedzinie chorób wewnętrznych (1-szy stopień specjalizacji lub tytuł specjalisty) lub będących w jej trakcie – 	15

TABELA NR 1
POZ - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA

POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
					co najmniej 2 lata od rozpoczęcia stażu specjalizacyjnego, lub <ul style="list-style-type: none"> w dziedzinie medycyna rodzinna lub będących w jej trakcie, lub w dziedzinie medycyna ogólna. 	
		jedna odpowiedź do wyboru	2	1	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			3	1	udzielanie świadczeń przez dodatkowego lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	30
		jedna odpowiedź do wyboru	4	2-4	udzielanie świadczeń przez lekarza pediatrę, co najmniej: w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 22.00, w soboty, niedziele i dni świąteczne w godzinach od 8.00 do 12.00 oraz od 18.00 do 22.00	20
			5	2-4	udzielanie świadczeń przez co najmniej 1 zespół, w skład którego wchodzi lekarz pediatra	30
Jakość – zewnętrzna ocena	5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	6	wszystkie zakresy	certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2
			7		certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji	1
Jakość - wyniki kontroli	-5	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	8	wszystkie zakresy	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)	1
			9		nieuzasadniona odmowa udzielania świadczenia świadczeniobiorcy	3
			10		obciążenie świadczenioborców 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	3
			11		pobieranie nienależnych opłat od świadczenioborców za świadczenia będące przedmiotem umowy	3
			12		niezasadne ordynowanie leków	1
			13		nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń	3
			14		nieprzekazanie do oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie informacji o zamierzonych zmianach podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności	1
			15		udzielanie świadczeń w miejscach nie objętych umową/ nieudzielanie świadczeń w miejscu ustalonym w umowie	2
			16		nieuzgodniona z NFZ zmiana harmonogramu udzielania świadczeń	2

TABELA NR 1 POZ - NOCNA I ŚWIĄTECZNA OPIEKA ZDROWOTNA						
POZIOM SKALUJĄCY	WAGA SKALUJĄCA (S) (maksymalna liczba punktów oceny)	TYP ODPOWIEDZI	NR WIERSZA	ZAKRES*	TREŚĆ	LICZBA PUNKTÓW W JEDNOSTKOWYCH
1	2	3	4	5	6	7
			17		udaremnienie lub utrudnianie kontroli	3
			18		niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych	2
			19		stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach	2
Dostępność	10	jedna odpowiedź do wyboru	20	wszystkie zakresy	lokalizacja miejsca udzielania świadczeń w głównym ośrodku administracyjnym na terenie obszaru zabezpieczenia	10
Kompleksowość	15	jedna lub więcej odpowiedzi do wyboru	21	wszystkie zakresy	zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki RTG (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.	5
			22		zapewnienie w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń diagnostyki laboratoryjnej – laboratoria diagnostyczne wpisane do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych (gwarantowana obecność personelu w pracowniach minimum w godz. 18.00 - 22.00 w dni powszednie oraz 8.00 - 22.00 w soboty, niedziele i dni świąteczne). W pozostałych godzinach zapewnienie gotowości personelu.	5
			23		zapewnienie gotowości wyłącznego użytkownika środka transportu sanitarnego, spełniającego cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane dla obszaru zabezpieczenia, którego dotyczy umowa (co najmniej jednego środka transportu sanitarnego w przypadku obszarów objętych ryczałtem: R1, R2, R3, co najmniej dwóch w przypadku obszaru objętego ryczałtem R4)	5
Ciągłość	5	jedna odpowiedź do wyboru	24	wszystkie zakresy	w dniu złożenia oferty oferent realizuje proces leczenia świadczeniobiorców w ramach umowy zawartej z Funduszem na zakres Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w miejscu wskazanym w ofercie	5
Cena	20	Cena obliczona zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2. cena ofertowa jest oceniana poprzez odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.				

*W kolumnie „ZAKRES” określono zakresy świadczeń, których dotyczą oceniane kryteria wskazane w kolumnie „TREŚĆ”. Poszczególne kody wskazane w kolumnie „ZAKRES” oznaczają odpowiednio:

1. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 50 000 osób
2. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 100 000 osób
3. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia do 150 000 osób
4. świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na obszarze zabezpieczenia powyżej 150 000 osób

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

- 1) 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;
- 2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast art. 142 ust. 6 i 7 ustawy stanowi, że 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.

Komisja ma również obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.

Negocjacje przeprowadzono z oboma oferentami.

Komisja konkursowa kolejno przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Poniżej zostaje przedstawione zestawienie szczegółowe uzyskanych przez Oferentów punktów oceny oferty za poszczególne kryteria oceny.

Prowadząc postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i przestrzegając zasad tego postępowania (w tym w szczególności art. 135 ust 2 pkt 2 *ustawy*), Fundusz nie może naruszać reguł wynikających z innych aktów prawnych, w tym *ustawy* z dnia 29 sierpnia 1997 r. *o ochronie danych osobowych* (t.j. Dz.U.z 2002, nr 101, poz 926 z późn.zm.). Ujawnienie danych zawartych w złożonych ofertach może nastąpić wyłącznie w części niezastrzeżonej przez Oferenta, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Ujawnienie informacji zastrzeżonych wykraczałoby poza ramy jawności postępowania administracyjnego dla stron tego postępowania. Wskazując na różnice w ocenie ofert Oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu trzeba oznaczyć poszczególne składowe, z wyłączeniem informacji objętych tajemnicą przedsiębiorcy (zastrzeżonych pisemnie przez obydwu Oferentów biorących udział w postępowaniu) oraz danych osobowych podlegających ochronie. Różnica w punktacji występuje w następujących aspektach niecenowych, a to; certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz diagnostyki RTG. Ponadto oferenci uzyskali różne oceny w ramach kryterium cenowego.

A zatem, oferty ostatecznie w rankingu końcowym uzyskały podaną niżej liczbę punktów.

Oferta Odwołującego się została sklasyfikowana na 2 miejscu i uzyskała łącznie 73, 333 punktów, w tym za poszczególne kryteria:

1. Kryteria niecenowe:

- ciągłość – 0

- kompleksowość – 5
- jakość – 38,333
- dostępność – 10

2. Kryteria cenowe:

- cena – 20 pkt

Oferenta Oferenta - OPC Spółkę z o.o. Kraków Spółka Komandytowa uzyskała następującą ocenę:

1. Kryteria niecenowe:

- ciągłość – 0
- kompleksowość – 10
- jakość – 40
- dostępność – 10

2. Kryteria cenowe:

- cena – 13, 571 pkt

Biorąc pod uwagę powyższą ocenę ofert Komisja konkursowa dokonała wyboru do zawarcia umowy OPC Spółkę z o.o Kraków Spółka Komandytowa.

W tym miejscu rozpatrując złożone przez Odwołującego zarzuty Dyrektor Małopolskiego OW NFZ w Krakowie zważył, co następuje.

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. k.c. Mamy więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta

przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, 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).

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. Realizując ten obowiązek Prezes Narodowego Funduszu określa w drodze zarządzeń wymagania i wzory dokumentów, które nie zostały określone przepisami prawa powszechnie obowiązującego, jak też może wskazać komisjom konkursowym w drodze aktów wewnętrznych właściwy sposób zachowania się na poszczególnych etapach postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. 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 dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, z zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami.

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.*).

Interes prawny świadczeniodawcy należy zatem oceniać zawsze na kanwie konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez danego świadczeniodawcę; posiadanie interesu prawnego związane jest zawsze z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania powoduje to, że świadczeniodawca pozbawiony jest możliwości zawarcia umowy. Stanowisko to potwierdza wyrok WSA w Warszawie z dnia 11 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2013/08.): *„Pojęcie uszczerbku interesu prawnego nie występuje zasadniczo w prawie administracyjnym, gdzie mowa jest o naruszeniu interesu prawnego (a nie o jego uszczerbku). Skoro jednak podstawą żądania strony w kontrolowanym postępowaniu administracyjnym jest uszczerbek w interesie prawnym to istnieje potrzeba dokonania analizy różnic w wymienionych sformułowaniach, w szczególności czy różnice te sprowadzają się tylko do warstwy językowej. Określając warunki skorzystania ze środków odwoławczych, o których mowa w art. 152 ustawy, ustawodawca posłużył się pojęciem uszczerbku interesu prawnego. Pojęcie to jest używane również w ustawie o zamówieniach publicznych. Wprawdzie w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych (art. 138 ustawy), nie ma jednak przeszkód, aby w analizie pojęcia występującego na gruncie innej ustawy posłużyć się argumentacją wypracowaną przez piśmiennictwo prawnicze i orzecznictwo, w takim zakresie, w jakim może ono mieć zastosowanie w odniesieniu do stosowania przepisu art. 152, w zw. z art. 154 ustawy. Zgodnie z dyrektywą wykładni językowej, jeżeli określony termin należy do terminów*

specyficznych w określonej dziedzinie wiedzy, to należy przyjąć, iż termin ten ma takie znaczenie, jak w tych dziedzinach (domniemanie znaczenia specjalnego). Jak wynika z piśmiennictwa i judykatury odnoszącej się do zamówień publicznych istotą badania uszczerbku interesu prawnego jest ustalenie czy na skutek naruszenia prawa nie nastąpił uszczerbek w możliwości uzyskania zamówienia, nie zaś jakkolwiek uszczerbek w interesie prawnym wykonawcy. Por. M. Stachowiak, J. Jerzykowski, W. Dzierżanowski, *Prawo zamówień publicznych, komentarz*, LEX, 2007, wyd. III. Podobny, bardziej ogólny pogląd zaprezentował Europejski Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z dnia 11 stycznia 2005 r. w sprawie C-26/03 „Możliwość zaskarżenia przysługuje każdemu podmiotowi, który ma lub miał interes w uzyskaniu danego zamówienia publicznego i w przypadku gdy taki podmiot dozna uszczerbku lub zagraża mu doznanie uszczerbku w wyniku zarzucanego naruszenia (...)”. 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 dotyczącym zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania organu administracyjnego, do obowiązków którego będzie należało zbadanie okoliczności podnoszonych w odwołaniu, a następnie ocena, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie takiego uszczerbku (...)”.

W odniesieniu do zarzutów podniesionych w odwołaniu przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach Dyrektor MOW NFZ w Krakowie wskazuje, że argumentacja Oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.

Należy powtórzyć w pierwszej kolejności, jak wyżej wskazano, że ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - rozumianej 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 – ocenia się w szczególności poprzez:

- a) organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy,
- b) realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (cytowane zapisy zarządzenia nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ).

W rodzaju świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Prezes NFZ przyjął, w załączniku nr 1 w tabeli nr 1, że przez kryterium ciągłości wartościujące ocenę oferty rozumie się fakt realizacji przez oferenta w dniu złożenia oferty procesu

leczenia świadczeniobiorców w ramach umowy zawartej z Funduszem na zakres Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w miejscu wskazanym w ofercie. Ocena ta wskazuje jednoznacznie, że przyznanie Oferentowi punktacji za kryterium ciągłości, winien on realizować przedmiotowe świadczenia w ramach zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem w tym zakresie Oferent winien być Świadczeniodawcą mającym zawartą z Funduszem umowę na realizację przedmiotowych świadczeń. Prezes NFZ wyłączył w ramach tego kryterium ocenę realizację części zakresu świadczenia dla podmiotu będącego podwykonawcą dla Świadczeniodawcy. Odwołujący się nie posiadał w dniu złożenia oferty do postępowania nr 06-14-000061/POZ/0112/01.0000.155.16/1 zawartej umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wobec powyższego faktu, nieuzasadnione jest oczekiwanie Odwołującego się otrzymania punktów za kryterium ciągłość a zarzut niezastosowania kryterium ciągłości w świetle powyższych ustaleń jest nieuprawniony.

Komisja konkursowa zastosowała bowiem w sposób właściwy zapisy zarządzenia Prezesa NFZ nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ.

Ponadto w odniesieniu do twierdzeń Odwołującego, że jego oferta spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz merytoryczne, jednak nie została ona wybrana w celu zawarcia umowy, należy wskazać wyraźnie, że okoliczność spełniania wymogów formalno-prawnych w postępowaniu i przeprowadzenie negocjacji w jego toku nie stanowi wystarczającej przesłanki do dokonania wyboru i zawarcia umowy z oferentem przystępującym do konkursu. Brak jest bowiem przepisów statuujących obowiązek takiego zachowania spoczywający na komisji konkursowej. Odmienne zachowanie prowadziłyby w istocie rzeczy do zaprzeczenia idei konkursu ofert. Powyższa argumentacja 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 interesy prawnego Odwołującego i nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania.

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

Otrzymują:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilanach
2. OPC Sp.z o.o. Kraków Spółka Komandytowa
3. a/a

p.o. DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie
Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska
Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek 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 Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.