

PRO-ORTO-DENT Spółka z ograniczoną  
odpowiedzialnością  
pl. Serkowskiego 10  
30-512 Kraków  
**świadczeniodawca składający odwołanie**

NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska  
"ERGOMED" s.c.  
Aleksander Prokop, Monika Prokop-Franaszek  
ul. Bonarka 18,  
30-415 Kraków  
**świadczeniodawca wybrany do zawarcia umowy**

"Magdent" s.c.  
Magdalena Kubala-Góralczyk, Adam Góralczyk  
ul. Schweitzera 7,  
30-695 Kraków  
**świadczeniodawca wybrany do zawarcia umowy**

Miejskie Centrum Stomatologii „Podgórze” Spółka  
z ograniczoną odpowiedzialnością  
ul. Na Kozłowiec 29,  
30-664 Kraków  
**świadczeniodawca wybrany do zawarcia umowy**

### Decyzja

z dnia 25.06.2014...

nr 100/STM/2014

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 (tj. Dz. U. z 2013 r., poz. 267) oraz art. 154 ust. 3, w związku z art. 154 ust. 1 oraz 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.) zwaną dalej „ustawą”, w związku z odwołaniem złożonym przez PRO-ORTO-DENT Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Pl. Serkowskiego 10, 30-512 Kraków od rozstrzygnięcia postępowania

poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o nr 06-14-000541/STM/07/1/07.0000.218.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

~~uwzględnia/oddala~~ odwołanie

## UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie zwany dalej "Dyrektorem" na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* oraz Rozporządzenia 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), ogłosił postępowanie 06-14-000541/STM/07/1/07.0000.218.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne. 1261011 – Kraków, 1261049 Kraków Podgórze.

W przedmiotowym postępowaniu wskazano okres obowiązywania umów od dnia 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2018 r. W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 8 ofert (na 19 miejsc udzielania świadczeń).

W wyniku przeprowadzonego postępowania wybrani do zawarcia umowy zostali:

- NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska "ERGOMED" s.c. Aleksander Prokop, Monika Prokop-Franaszek, ul. Bonarka 18, 30-415 Kraków,
- "Magdent" s.c. Magdalena Kubala-Góralczyk, Adam Góralczyk, ul. Schweitzera 7, 30-695 Kraków,
- Miejskie Centrum Stomatologii „Podgórze” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Na Kozłowiec 29, 30-664 Kraków.

W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 9 maja 2014 roku, a informacja o wynikach postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej MOW NFZ w Krakowie, a tym samym wypełniona została dyspozycja z art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

---

\* niepotrzebne skreślić

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 *Ustawy*, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołanie w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

Pismem z dnia 15 maja 2014 r. (złożone na dzienniku podawczym tut. OW NFZ w dniu 16 maja 2014 roku) do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie wpłynęło odwołanie wniesione przez PRO-ORTO-DENT Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zwanego dalej „Odwołującym” bądź „Oferentem”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000541/STM/07/1/07.0000.218.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W odwołaniu na wstępie Oferent wnosi o uwzględnienie odwołania. Zarzuca poprzez, jego zdaniem, błędne rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania naruszenie interesu prawnego Odwołującego, poprzez naruszenie:

- art. 134 *Ustawy* „poprzez jego niewłaściwe zastosowanie tj. poprzez zamieszczenie na stronie internetowej wprowadzającej w błąd wykładni dotyczącej kwestii „dostępności” świadczeń zdrowotnych wskazującej, że w każdym tygodniu każdy zatrudniony lekarz dentysta musi przebywać w placówce medycznej oferenta w każdą sobotę przez 6 h, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych, gdy tymczasem – jak wynika z wyjaśnień zawartych w stanowisku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21.03.2014 r. – "obowiązek zapewnienia dostępności świadczeń zdrowotnych w sobotę nie oznacza, że każdy lekarz musi przebywać w tym dniu w placówce medycznej oferenta”,

- art. 147 *Ustawy* poprzez naruszenie zasady jawności kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców i ich nie zmienności w toku postępowania „poprzez zmianę zamieszczonej na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia treści wykładni kryterium "dostępności" świadczeń zdrowotnych zgodnie z pismem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21.03.2014 r. – w toku postępowania, ale po upływie terminu do składania ofert, wskazującej, że nie każdy zatrudniony lekarz dentysta musi dostarczać świadczenia zdrowotne w każdą sobotę – co w sposób zasadniczy wpływało na treść oferty Odwołującego z uwagi na to, że (jak się okazuje) nie zachodziła, konieczność spełnienia warunku dostępności w restrykcyjnym rozumieniu opisanym w dokumencie zamieszczonym na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (...)”.,

art. 140 *Ustawy* „(...)poprzez zmianę, już po upływie terminu do składania ofert, kryterium oceny ofert odnoszącego się do dostępności świadczeń zdrowotnych dostarczanych przez oferentów w soboty (polegającego na zmianie wymogu dostarczania tych świadczeń przez każdego lekarza

w każdą sobotę – na wymóg dostarczania ich przez mniejszą liczbę lekarzy zatrudnianych przez oferentów), która to zmiana miała istotny (kluczowy) wpływ na treść złożonej oferty i jej późniejszą ocenę”.

Odwołujący wskazuje, że na skutek naruszenia w/w przepisów „doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego, który działając pod wpływem błędu wywołanego treścią zamieszczonego na stronie internetowej wyjaśnienia odnośnie wymogu dostępności świadczeń (zmienionego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w trakcie postępowania – po upływie terminu składania ofert), złożył ofertę o innej treści niż oferta, którą złożyłoby, gdyby został w prawidłowy sposób i we właściwym czasie poinformowany o zakresie kryterium dostępności świadczeń zdrowotnych w soboty, tak jak w piśmie skierowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 marca 2014 r.

O ile bowiem Odwołujący nie mógł zapewnić dostępności do świadczeń zdrowotnych przez każdego lekarza w każdą sobotę przy organizacji pracy lekarza 5 dni w tygodniu po 6 h dziennie w przypadku całego etatu przeliczeniowego, o tyle spełnia wymóg dostępności świadczeń poprzez zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych w każdą sobotę przez niektórych z tych lekarzy. Wykazanie powyższego kryterium w ofercie dawałoby Odwołującemu 7,5 punktów i plasowałoby go na 5 pozycji w rankingu ofert, co byłoby równoznaczne z przyjęciem jego oferty i zawarciem umowy”.

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a Ustawy określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu. Tym samym w niniejszym postępowaniu stronami są:

1. PRO-ORTO-DENT Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Pl. Serkowskiego 10, 30-512 Kraków - strona składająca odwołanie,
2. NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska "ERGOMED" s.c. Aleksander Prokop, Monika Prokop-Franaszek, ul. Bonarka 18, 30-415 Kraków - strona wybrana do zawarcia umowy,
3. "Magdent" s.c. Magdalena Kubala-Góralczyk, Adam Góralczyk, ul. Schweitzera 7, 30-695 Kraków - strona wybrana do zawarcia umowy,
4. Miejskie Centrum Stomatologii „Podgórze” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Na Kozłówce 29, 30-664 Kraków - strona wybrana do zawarcia umowy.

Wszystkie strony postępowania zostały zawiadomione pismem (o znaku STM-550-061/400019/ZO), że zostało wszczęte postępowanie administracyjne prowadzące do wydania przez Dyrektora Małopolskiego OW NFZ w Krakowie decyzji administracyjnej w sprawie rozpatrzenia odwołania od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000550/STM/07/1/07.0000.221.02/01 oraz osobnym pismem (o znaku STM-550-061/400019/KPA) - że zgodnie z art. 10 kodeksu postępowania administracyjnego przed wydaniem decyzji stronom przysługuje prawo wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów w/w postępowania oraz zgłoszonych żądań dotyczących

przedmiotowego odwołania. Odwołujący zapoznali się z aktami sprawy w dniu 5 czerwca 2014 roku, nie wnosząc uwag do przedłożonej dokumentacji.

Rozpatrując odwołanie Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie stwierdził, co następuje:

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-14-000550/STM/07/1/07.0000.221.02/01 z dnia 28 lutego 2014 r. postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było ogłoszone i prowadzone m.in. w oparciu o następujące przepisy i regulacje:

1. *Ustawę 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. *Ustawę 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 z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. z 2013 r., poz. 1462),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2013 r. poz. 1505),*
9. *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 (ze zm.).*

10. Zarządzenie Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne,
11. 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).

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. 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).

Każdy oferent miał dostęp do przepisów prawa w tym i zarządzeń Prezesa NFZ na takich samych zasadach. W ogłoszeniu o konkursie zawarto wyszczególnienie przepisów prawnych obowiązujących w postępowaniu których treść była również dostępna na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Ponadto Małopolski OW NFZ, działając jako Zamawiający, wystąpił - poprzez komunikat na stronie www - do Oferentów z wnioskiem o zgłoszenie problemów i wątpliwości interpretacyjnych dotyczących obowiązujących w konkursie aktów prawnych, a następnie upublicznił stanowiska precyzujące definicje podstawowych pojęć (etat przeliczeniowy etc.) opisujące szczegółowo wymagania, w tym wymagania co do harmonogramów pracy lekarza. Celem zapewnienia jak najlepszej informacji Oferentom, pracownicy MOW NFZ przeprowadzili prezentacje szkoleniowe dla Oferentów, w zakresie zasad prawidłowego przygotowania ofert.

Dyrektor podkreśla, że Odwołujący w ofercie złożyły oświadczenie, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r., iż „zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania”.

W części jawnej konkursu Komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej oferty złożonej przez Odwołującego i nie stwierdziła wystąpienia braków formalnych. Tym samym oferta Oferenta zakwalifikowała się do dalszego trybu postępowania.

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

Fakt spełniania wszystkich wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 *ustawy*, nie skutkuje jeszcze wybraniem oferty celem zawarcia umowy. *Ustawa* daje bowiem Komisji konkursowej możliwość przeprowadzenia negocjacji z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń oraz ceny. W ust. 7 art. 142 *Ustawa* formułuje w tym względzie obowiązek stwierdzając: „Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent.”

Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje ze wszystkimi Oferentami biorącymi udział w postępowaniu nr 06-14-000541/STM/07/1/07.0000.218.02/01.

Negocjacje przeprowadzono zgodnie z treścią art. 142 ust. 6 *ustawy*, wedle którego: „Komisja w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia: liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej.”

Ustalenie ceny i liczby świadczeń odbywało się w trakcie spotkania negocjacyjnego, z każdym zaproszonym Oferentem. Każde spotkanie negocjacyjne kończyło się podpisaniem Protokołu końcowego z negocjacji, który utrwalal ostateczne stanowiska stron negocjujących.

Po przeprowadzonych negocjacjach nastąpiło automatyczne wygenerowanie przez system informatyczny Rankingu końcowego, w którym oferty zostały uszeregowane zgodnie z punktacją malejącą. Bazę danych systemu tworzyły przesłane w formie elektronicznej zapytania ofertowe przekazane przez Oferentów, ankiety i wyniki przeprowadzonych negocjacji. Wybór Oferentów następował według kolejności wynikającej z Rankingu końcowego, zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu konkursowym.

Ostatecznie po przeprowadzonych negocjacjach Ranking końcowy wyglądał następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Oferent/ Odwolujący	Punkty za ofertę cenową	Ciągłość	Jakość	Dostępność	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status oferty- wybrana TAK/NIE
1	Aleksander Prokop, Monika Prokop - Franaszek	20,000	5,000	23,571	20,000	48,571	68,571	TAK
2	Magdalena Kubala - Góralczyk, Adam Góralczyk;	20,000	0,000	26,904	20,00	46,904	66,904	TAK
2	Magdalena Kubala - Góralczyk, Adam Góralczyk;	20,000	0,000	26,904	20,00	46,904	66,904	TAK
4	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	11,869	5,000	33,690	12,500	51,190	63,059	TAK
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK

Pozycja oferty w rankingu	Oferent/ Odwolujący	Punkty za ofertę cenową	Ciągłość	Jakość	Dostępność	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status oferty- wybrana TAK/NIE
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK
5	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	18,411	5,000	26,904	12,500	44,404	62,815	TAK
13	PRO-ORTO-DENT spółka z o.o.	13,738	5,000	28,571	12,500	46,071	59,809	NIE
14	Teresa Walasek	20,000	0,000	23,571	12,500	36,071	56,071	NIE
14	Przychodnia Stomatologiczna HAJDUK Spółka Jawna; ul. Kalwaryjska 92	20,000	0,000	16,071	20,000	36,071	56,071	NIE
16	Piotr Kusiewicz; Poradnia Stomatologiczna ul. Gromadzka 24c	19,346	0,000	23,571	10,833	34,404	53,750	NIE
17	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	20,000	5,000	16,071	12,500	33,571	53,571	NIE
18	Miejskie Centrum Stomatologii "Podgórze" spółka z o.o.	20,000	5,000	16,071	10,833	31,904	51,904	NIE
19	Małgorzata Małecka	20,000	0,000	16,071	5,000	21,071	41,071	NIE

Powyżej wskazany ranking uwzględnia określone Zarządzeniem Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert którymi są:

- 1) jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana 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,



- 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 - rozumiana 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) dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana w szczególności poprzez:
- a) liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy,
  - b) organizację przyjęć świadczeniobiorców,
  - c) brak barier dla osób niepełnosprawnych;
- 4) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - rozumiana jako organizacja udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniająca kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczająca 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 - oceniana 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) cena świadczeń opieki zdrowotnej - oceniana 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.

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z zm.), Tabela nr 11 – LECZENIE STOMATOLOGICZNE, nie przewiduje możliwości uzyskania punktów dodatkowych za kryterium - kompleksowość. Tak więc w trakcie prowadzonego postępowania, przedmiotowe kryterium nie było brane pod uwagę przy ocenie ofert.

Komisja konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 *Ustawy* dokonała zatem wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w Rankingu końcowym.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 9 maja 2014 r.; Wybrane oferty uzyskały łącznie oceny punktowe odpowiednio: od 62,815 – 68,571 pkt. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu Konkursu, gdyż w Rankingu Końcowym uplasowała się na pozycji 13, uzyskując łączną ocenę punktową 59,809 pkt.

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

Należy podkreślić, że przedmiotem rozstrzygnięcia przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jest badanie naruszenia interesu prawnego Odwołującego się, który mógłby być wskutek naruszenia zasad postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Potwierdza to Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 10 września 2008 r. VII SA/Wa 821/08, który stwierdza, że *„Istotą interesu prawnego jest związek z konkretną normą prawa materialnego, z której podmiot legitymujący się tym interesem może wywodzić swoje racje. Może to być norma należąca do prawa administracyjnego bądź do innych gałęzi prawa np. praw cywilnego. W orzecznictwie sądownoadministracyjnym utrwalony został pogląd, uznawany również w doktrynie, iż podstawą legitymacji procesowej strony jest przepis prawa materialnego wskazujący na własne prawo (interes prawny) lub obowiązek podmiotu, które podlegają skonkretyzowaniu w postępowaniu administracyjnym. Szczególnymi cechami interesu prawnego w postępowaniu administracyjnym i w prawie administracyjnym jest po pierwsze bezpośredniość związku między sytuacją danego podmiotu a wspomnianą normą prawa materialnego, na której budowany jest interes prawny. Oznacza to, że jeżeli sprawa dotyczy dwóch lub więcej podmiotów, to interes prawny mają tylko te z nich których sytuacja prawna wynika wprost z normy prawa materialnego, a nie powstaje za pośrednictwem drugiego podmiotu. Drugą szczególną cechą interesu prawnego jest jego realność, interes ten musi rzeczywiście istnieć w dacie stosowania danych norm prawa administracyjnego. Nie może to być interes tylko przewidywany w przyszłości ani hipotetyczny. (...) Oznacza to, że konieczne jest faktyczne naruszenie zasad postępowania, które musi naruszać faktycznie istniejący interes świadczeniodawcy.”* Zaś w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. VII SA/Wa

2012/08, Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie wskazuje, iż: „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.”

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 134 *Ustawy* Organ wskazuje, że w postępowaniu tym nie doszło do naruszenia przywołanego przepisu, bowiem Małopolski OW NFZ i Komisja Konkursowa wypełniły delegacje wynikające z art. 134 *Ustawy* działając zgodnie z przepisami tj. odpowiednio:

- zgodnie z art. 134 ust. 1 *Ustawy*, każdemu ze świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zapewniono równe traktowanie, a postępowanie przeprowadzono w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów w wobec wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Wskazać należy, że dochowanie zasady równego traktowania nie jest równoznaczne ze sformułowaniem wymagań w sposób pozwalający na spełnienie ich przez wszystkie podmioty będące potencjalnymi oferentami.

- zgodnie z art. 134 ust. 2 *Ustawy*, wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane zostały świadczeniodawcom na takich samych zasadach w sposób umożliwiający poprawne zidentyfikowanie przedmiotu zamówienia, wymogów wobec oferentów i poprawne przygotowanie oferty. Działania Organu w tym zakresie opisano powyżej.

Oferent zarzuca w swoim odwołaniu nieprawidłową interpretację *Zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r., w zakresie kryteriów wymaganych od oferentów co do harmonogramów i organizacji pracy personelu dotyczących warunku dodatkowego tzw., rankingującego określającego zasady dostępności w sobotę.*

Organ wyjaśnia, że w przypadku wszystkich kryteriów przyjęto interpretacje wynikające z literalnego stosowania się do zapisów obowiązujących aktów prawnych w tym do *Zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r.* W kwestii zapewnienia dostępności w soboty, będącej warunkiem tzw. rankingującym, Dyrektor wyjaśnia, że przedmiotową kwestię reguluje zapis *Zarządzenia Nr 77/2013/DSOZ w załączniku nr 4, l.p. 2.1.* Dla zobrazowania sprawy, poniżej zamieszczony zostaje wykaz wszystkich punktów *Załącznika nr 4:*

<b>1. Wymagania podstawowe</b>
l.p. 1.1 :min czas pracy na jednego lekarza 15 godzin w tygodniu (0,5 etatu przeliczeniowego)
l.p. 1.2 :czas pracy lekarzy w poradni proporcjonalny do liczby etatów przeliczeniowych

l.p. 1.3 : <i>czas pracy: od poniedziałku do piątku od godz. 19.00 - 7.00, sobota, niedziela, święta - całodobowo</i>
l.p. 1.4 : <i>liczba dni pracy lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18) - jeden dzień na każde 0,5 etatu przeliczeniowego</i>
l.p. 1.5 : <i>minimalna liczba dni pracy w tygodniu lekarza w poradni: w przypadku całego etatu przeliczeniowego 5 dni po 6 godzin dziennie</i>
<b>2. Wymagania dodatkowo oceniane</b>
l.p. 2.1 : <i>praca lekarza w sobotę przez 6 h, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych</i>
l.p. 2.2 : <i>praca lekarza w poradni w godzinach popołudniowych (do godziny 18), powyżej jednego dnia na każde 0,5 etatu przeliczeniowego</i>
l.p. 2.3 : <i>dostęp dla osób niepełnosprawnych</i>

Jak widać powyżej, punkt dotyczący dostępności w sobotę- *l.p. 2.1.* stanowi: „*praca lekarza w sobotę przez 6 h, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych*”. Zapis jednoznacznie wskazuje, że dostępność w sobotę winna stanowić liczbę godzin proporcjonalną do liczby etatów przeliczeniowych. Ponieważ w punkcie *l.p. 2.1.*, wskazano liczbę godzin 6,0 jako pracę lekarza w sobotę, ta wskazana liczba godzin stanowi wymiar proporcjonalny dla 1,0 etatu przeliczeniowego, który wykonuje dany lekarz. W związku z tym, dla poradni gdzie liczba lekarzy, a co za tym idzie liczba etatów przeliczeniowych jest większa niż 1,0 etatu, liczba godzin wymaganych jako zapewnienie potencjału wykonawczego jest większa i również liczba godzin pracy w sobotę winna być proporcjonalnie większa, zgodnie z zapisem " *proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych* ". Te wymagana, a obliczoną zgodnie z warunkiem proporcjonalności - liczbę godzin - muszą wykonać lekarze zgłoszeni do realizacji świadczeń w danej poradni będącej komórką organizacyjną podlegającą ocenie w toku tzw. oceny ofert. Konsekwencją tego, jest konieczność wskazania w harmonogramie danego lekarza dostępności w soboty, z wymiarem godzin obliczonym na zasadzie proporcji i takie oferty zamawiający uznawał jako - spełniające przedmiotowy warunek.

Spełnienie przedmiotowego warunku było badane, poprzez jedno z pytań ankietowych: nr *1.3.1.1:* „*Czy praca lekarza w sobotę trwa co najmniej 6 godzin, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych?*”

Organ podkreśla, że stanowisko ws. pracy lekarza w soboty, zostało upublicznione w formie komunikatu na stronie internetowej Małopolskiego OW, oraz było przedstawiane na szkoleniach przeprowadzonych dla oferentów. Cytat punktu z komunikatu na stronie www dotyczący przedmiotowej kwestii, tytuł komunikatu: „*PYTANIA I ODPOWIEDZI – cz.1*”;

pytanie nr 8 - **Czy w kryterium dodatkowo ocenianym: „praca lekarza w sobotę przez 6 h, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych” sobota jest dodatkowym dniem udzielania świadczeń (np. w przypadku całego etatu: 6-tym dniem)?**

Spełnieniem tego warunku jest wykazanie w harmonogramie soboty. Zgodnie z zał. nr 4 do zarządzenia 77/2013/DSOZ „minimalna liczba dni pracy w tygodniu lekarza w poradni: w przypadku całego etatu przeliczeniowego 5 dni po 6 godzin dziennie” i sobota może stanowić jeden z tych 5 dni.

Zasada ta również dotyczy pracy na pół etatu oraz pracy lekarza większego niż 0,5 etatu a mniejszego niż 1.

pytanie nr 9 - *Czy każdy lekarz wykazany w ofercie musi pracować w sobotę, aby oferta mogła otrzymać dodatkowe punkty za to kryterium i ile godzin powinien pracować w przypadku całego a ile w przypadku połowy etatu?*

Załącznik nr 4 do zarządzenia 77/2013/DSOZ w pkt. 2.1 stanowi: „praca lekarza w sobotę przez 6 h, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych”. Aby spełnić ten warunek każdy lekarz wykazany w ofercie musi mieć harmonogramie wykazaną sobotę. Wymaga liczba godzin w sobotę: w przypadku 1,0 etatu liczba godzin pracy w sobotę musi wynosić 6 godz., a w przypadku 0,5 etatu – 3 godziny. W przypadku wymiaru czasu pracy lekarza większego niż 0,5 etatu a mniejszego niż 1,0 etatu, liczba godzin powinna być wyliczona proporcjonalnie (np. dla 0,75 etatu będzie to 4,5 godz.)

Organ wskazuje, że bezpodstawna jest argumentacja Odwołującego dot. pracy lekarza w sobotę „Gdyby Odwołujący nie został wprowadzony w błąd informacją podaną przez Zamawiającego i wskazał w ofercie dostępność świadczeń zdrowotnych we wskazane w miesiącu soboty tak, że w każdą sobotę świadczenie zdrowotne byłoby dostępne przez dyżurujących lekarzy, uzyskałby 7,5 punktów dodatkowych, co dawałoby mu łącznie z już uzyskanymi punktami za pozostałe kryteria 67,309 punktów i 2 pozycję w rankingu i co byłoby równoznaczne z przyjęciem jego oferty”.

Organ ponownie przywołuje, że Odwołujący w ofercie złożył oświadczenie, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r., iż „zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania”. Ponadto, Oferent miał możliwość złożenia w toku postępowania – do czasu jego zakończenia – umotywowanego protestu na czynność Komisji konkursowej. Uprawnienie to przysługiwało Oferentowi na podstawie art. 153 Ustawy. Oferent nie skorzystał z tego uprawnienia, nie zakwestionował czynności podjętych przez Komisję konkursową, mimo, że takie uprawnienie posiadał i miał świadomość możliwości korzystania z wnoszenia środka zaskarżenia wobec konkretnej czynności Komisji konkursowej.

Wskazać należy, że symulacja przedstawiona przez Oferenta w Odwołaniu, która opiera się na hipotetycznym założeniu zmiany interpretacji wymogów harmonogramu dla soboty, odnosi się do sytuacji - po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego tj. *post factum* i nie obejmuje danych (bo z oczywistych względów nie jest to możliwe do przeprowadzenia) o zachowaniach innych oferentów w przypadku przywołanego, hipotetycznego wariantu. Z tego też powodu taka symulacja nie może mieć wartości dowodowej.

Oferent opiera swoje odwołanie na nieuwzględnieniu wewnętrznego pisma z dnia 21 marca 2014 r., Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, których adresatem jak sam wskazuje Odwołujący, są Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ, a nie Oferent, ani też Komisja Konkursowa.

Pismo przywołane przez Oferenta, jest stanowiskiem tzw. "do wykorzystania" Departamentu Świadczeń

Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ, sygnowane przez zastępcę Dyrektora Departamentu i zawiera wskazówki oraz nakreśla kierunek interpretacji dla przypadków nieprecyzyjnych zapisów aktów prawnych, do wykorzystania przez Oddziały Wojewódzkie NFZ. Ostatecznie, o interpretacji decyduje Dyrektor Oddziału, co również znalazło potwierdzenie we wcześniejszej korespondencji otrzymanej z Centrali NFZ, jako odpowiedź na pismo Małopolskiego OW. Organ wyraźnie zaznacza, że w czasie przedmiotowego postępowania nie dokonał zmiany wykładni przepisów. Małopolski OW zastosował, jak wskazano powyżej - interpretację literalną i jest ona obowiązująca do dnia dzisiejszego - niezmiennie. Szczegóły interpretacji opisane powyżej.

Wszystkie oferty zostały ocenione zgodnie z wyżej przedstawioną wykładnią, tym samym nie doszło do naruszenia zasady równego traktowania wszystkich oferentów. Małopolski OW NFZ poprzez niezmienną interpretację przepisów obowiązujących w czasie postępowania wypełnił delegację wynikającą z *art. 147 ustawy stanowiącej: „Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.”*

Organ wywiązał się z obowiązku wynikającego z delegacji wynikającej z Art. 140 Ustawy. Przedmiot zamówienia opisany został precyzyjnie i w sposób jednoznaczny, wyczerpujący i zrozumiały, z uwzględnieniem wszystkich wymagań i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty. Nadto, celem zapewnienia pełnego dostępu do informacji w/s warunków postępowania, Organ udostępnił Oferentom możliwość dodatkowego skonfrontowania danych poprzez stronę www oraz przy udziale pracowników Małopolskiego OW NFZ, o czym mowa powyżej

Bezprzedmiotowy w związku, z tym jest także zarzut Odwołującego, który *„złożył ofertę nie wykazując dostępności świadczeń w soboty, chociaż gdyby posiadał nieujawnioną przez Zamawiającego informację w sprawie wykładni dostępności świadczeń w soboty, dokonanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, treść jego oferty byłaby inna. Zatem doszło do naruszenia zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania oferentów”*.

W przedmiotowym konkursie złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i te oferty, jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy. Komisja konkursowa postępowала zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym w szczególności zgodnie z Ustawą, a także zarządzeniami Prezesa NFZ oraz regulaminem. Oferta Odwołującego spełniała wymagane w postępowaniu warunki i nie została wybrana z powodu otrzymania za niskiej oceny punktowej. Organ przypomina, że o wyborze świadczeniodawców do realizacji umów decydują przepisy ustawowe, które nie gwarantują kontynuacji umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą, jeżeli jego oferta została oceniona niżej niż oferty pozostałych podmiotów, w tym nowych oferentów. Jednocześnie należy podkreślić, iż Odwołujący uzyskał maksymalną liczbę punktów, za kryterium ciągłości tj. 5,000 pkt na 5,000 pkt możliwych do uzyskania. Organ jeszcze raz wskazuje, że rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z oferentami.

W tym miejscu warto przywołać stanowisko Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, który w wyroku z 16 stycznia 2013 r. VI SA/Wa 2094/11 wskazał, że: *„fakt, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści. Konkurs zawsze niesie za sobą element ryzyka i niewiadomej jego rozstrzygnięcia. Rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo-ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy”*.

Odwołujący zarzucił także naruszenie jawności wyrażonej w art. 135 Ustawy. Oferent wskazuje, że „pracownik Odwołującego, wbrew wyrażonej w przepisie art. 135 Ustawy zasadzie jawności umów i ofert gwarantującej, że z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zostały zastrzeżone przez świadczeniodawcę – oferty są jawne - choć został dopuszczony do formularzy ofertowych, to wszystkie informacje pozwalające na weryfikację przyznanych przez komisję konkursową poszczególnym oferentom punktów (w tym odpowiedzi oferentów na zadawane pytania odnośnie zakresu spełniania wymaganych kryteriów) były zastrzeżone jako niejawne. Niezastrzeżone w większości ofert były jedynie dane oferenta oraz listy podwykonawców”. Organ, przypomina, że Odwołujący się podpisał oświadczenie złożone do oferty, że zapoznały się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmują je do stosowania (załącznik nr 2 do zarządzenia 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). Organ wskazuje, również że zgodnie z art. 135 ust. 2 pkt 2 Ustawy (w brzmieniu nadanym ustawą 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), 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. Komisja konkursowa może okazywać stronom postępowania administracyjnego, tylko

dane nie zastrzeżone przez oferentów. Jednocześnie zastrzeżenie nie może mieć jednak charakteru zastrzeżenia ogólnego – zastrzeżenie całości oferty. Organ nie ma wpływu na jakie dane oferty zastrzeże dany oferent, może jednak okazać stroną postępowania tylko nie zastrzeżone dane. W przedmiotowym postępowaniu jeden Oferent nie zastrzegł żadnego elementu w ofercie, w przypadku pozostałych Oferentów zostały zastrzeżone wybrane elementy w ofercie.

W świetle powyższego Dyrektor Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrywał się naruszenia interesu prawnego Odwołujących, nie stwierdził także w postępowaniu Komisji konkursowej naruszeń obowiązujących zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłyby - w sposób pośredni lub bezpośredni - skutkować innym rozstrzygnięciem postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert, w szczególności zaś wyborem oferty Odwołujących się.

Ocena ta skutkuje uznaniem, iż nie ma podstaw do uwzględnienia odwołania.

DYREKTOR  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie  
*Barbara Buianowska*

**Otrzymują:**

1. Strony:

- 1) PRO-ORTO-DENT Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Pl. Serkowskiego 10, 30-512 Kraków,
- 2) NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska "ERGOMED" s.c. Aleksander Prokop, Monika Prokop-Franaszek, ul. Bonarka 18, 30-415 Kraków - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 3) "Magdent" s.c. Magdalena Kubała-Góralczyk, Adam Góralczyk, ul. Schweitzera 7, 30-695 Kraków - strona wybrana do zawarcia umowy,
- 4) Miejskie Centrum Stomatologii „Podgórze” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Na Kozłowiec 29, 30-664 Kraków - strona wybrana do zawarcia umowy.

2. Organ a/a

**Pouczenie:**

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków **w terminie 7 dni** od dnia otrzymania niniejszej decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.