

**GMINNE CENTRUM USŁUG  
MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE**  
Sucharskiego 3a  
33-140 Lisia Góra  
(Strona składająca odwołanie)

**Dorota Kocoł**  
Tarnowska 49  
33-140 Lisia Góra  
(Strona wybrana do zawarcia umowy)

**Katarzyna Cyganik**  
Aleksandra Jurek  
Zaczarnie 153b  
33-140 Lisia Góra  
(Strona wybrana do zawarcia umowy)

**Decyzja**

z dnia ..... 02 CZE. 2014.....

nr <sup>54</sup>.../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 (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 267) oraz art. 154 ust. 3, w związku z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) zwaną dalej „Ustawą”, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE, od rozstrzygnięcia postępowania poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 06-14-000391/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**

---

\* niepotrzebne skreślić

## UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na podstawie art. 139 ust. 1 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* ( t. j. Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) ogłosił postępowanie nr 06-14-000391/STM/07/1/07.0000.218.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia ogólnostomatologiczne, na okres od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2018 r.

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 3 oferty.

W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy* rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 30 kwietnia 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.

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 5 maja 2014 r. (data wpływu 7 maja 2014 r.) do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie wpłynęło odwołanie złożone przez GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE, zwane dalej „Odwołującym”, bądź „Offerentem”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-14-000391/STM/07/1/07.0000.218.02/01. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Stronami postępowania, w myśl art. 154 ust. 6a *Ustawy*, 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. GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE, Sucharskiego 3a, 33-140 Lisia Góra - Strona składająca odwołanie,
2. Dorota Kocoł, Tarnowska 49, 33-140 Lisia Góra - Strona wybrana do zawarcia umowy,

3. Katarzyna Cyganik, Aleksandra Jurek, Zaczarnie 153b, 33-140 Lisia Góra - Strona wybrana do zawarcia umowy.

Wszystkie strony postępowania zostały zawiadomione pismem wysłanym listem poleconym, 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 06-14-000391/STM/07/1/07.0000.218.02/01 oraz osobnym pismem - 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.

W odwołaniu Odwołujący wniósł o „*przeprowadzenie postępowania uzupełniającego i zawarcie umowy o udzielanie tych świadczeń*”.

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

Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu postępowania nr 06-14-000391/STM/07/1/07.0000.218.02/01 z dnia 27 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. *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.), zwana dalej Ustawą,*
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. *Rozporządzenia 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. *Zarządzeniu 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).*

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”.

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

Oferta została zakwalifikowana do części niejawnej postępowania jako spełniająca wymagane warunki określone w przepisach prawa oraz warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 3 *Ustawy*. 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 z 3 Oferentami. Negocjacje odbywały się ze wszystkimi oferentami, których oferty weszły do Rankingu otwarcia.

Negocjacje przeprowadzono zgodnie z treścią art. 142 ust. 6 Ustawy, wedle którego: „ust. 6. Komisja w części niejawnej 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, osobno z każdym zaproszonym Oferentem. Każde spotkanie negocjacyjne kończyło się podpisaniem Protokołu końcowego z negocjacji, który utrwalał zbieżne, bądź też rozbieżne stanowiska stron negocjujących.

Spotkanie negocjacyjne z Odwołującym odbyło się dnia 28 kwietnia 2014 r., co potwierdza sporządzony z tą samą datą Protokół końcowy z negocjacji podpisany przez Odwołującego. Protokół ten ustala zbieżne stanowiska Stron w kwestii ceny i ilości świadczeń.

Po przeprowadzonych negocjacjach system informatyczny wygenerował Ranking końcowy, który stał się dalej podstawą wyboru oferentów w rozstrzygnięciu postępowania. Wybór oferentów następował według kolejności wynikającej z Rankingu końcowego, w którym oferty zostały uszeregowane zgodnie z punktacją wynikającą z łącznej liczby punktów oceny ofert – malejąco. Bazę danych systemu tworzyły przesłane w formie elektronicznej: zapytania ofertowe przekazane przez Oferentów, ankiety i wyniki przeprowadzonych negocjacji.

Ostatecznie po przeprowadzonych negocjacjach Ranking końcowy wyglądał następująco:

(ranking sporządzany jest dla każdego miejsca udzielania świadczeń)

Pozycja oferty w Rankingu	Oferent / Odwołujący	Punkty za ofertę cenową	ciągłość	jakość	dostępność	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Decyzja o wybraniu oferty
1	Katarzyna Cyganik Aleksandra Jurek	14,673	0,000	37,857	20,000	57,857	72,530	TAK
2	Dorota Kocoł	20,000	5,000	23,571	20,000	48,571	68,571	TAK

3	GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE	19,346	5,000	33,690	5,000	43,690	63,036	NIE
4	GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE	19,346	5,000	33,690	5,000	43,690	63,036	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.

Komisja Konkursowa na podstawie art. 142 ust. 5 *Ustawy* dokonała zatem wyboru ofert celem zawarcia umów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w wygenerowanym automatycznie Rankingu końcowym. Komisja Konkursowa w rozstrzygnięciu uwzględniła oferty, które w przedmiotowym rankingu zajęły pozycje od 1 do 2. Oferta Odwołującego w rankingu zajęła pozycje 3. Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 30 kwietnia 2014 r. Oferta Odwołującego nie została wybrana do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołujący w swym odwołaniu wskazuje, iż: *„Od wielu lat wykonywaliśmy usługi w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych na rzecz pacjentów ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia i w oparciu o stosowny kontrakt z NFZ. (...) Pacjenci ci nadal wymagają i oczekują dalszej opieki, a tym samym ciągłości udzielania świadczeń na tych samych zasadach, jak dotychczas.”* W tym miejscu należy podkreślić, iż konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym i nie stanowi gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla dotychczasowych świadczeniodawców. Do zawarcia umowy komisja konkursowa wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu określonego

postępowania konkursowego. Wojewódzki Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 16 stycznia 2013 r., VI SA/Wa 2094/11, w tej kwestii wypowiedział się w następujący sposób: „*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. Na podstawie ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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 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 pisze także: „*Gminne Centrum Usług Medycznych w Lisiej Górze wyposażyło obydwie Poradnie w nowy sprzęt, dodatkowo Poradnia w Starych Żukowicach została wyremontowana i przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych. Ponadto dołożono starań, by utrzymać wyspecjalizowaną kadrę medyczną udzielającą tych świadczeń a dotychczas zatrudnione pomoce stomatologiczne uzyskały kwalifikacje asystentek stomatologicznych*”. Wyżej stwierdzone przez Odwołującego okoliczności zostały uwzględnione przez Komisję Konkursową w zakresie w jakim zostały odzwierciedlone w złożonej ofercie, w tym w odpowiedziach ankietowych. I tak miejsce udzielania świadczeń – Lisia Góra, Sucharskiego 3a, za personel uzyskało 22,587 pkt na 40 możliwych, za sprzęt 7,5 pkt na 15 możliwych, za dostępność (dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo) 5 pkt na 5 możliwych, za dostępność (harmonogram pracy komórki organizacyjnej) 0 pkt na 15 możliwych. Z kolei miejsce udzielania świadczeń – Stare Żukowice 125, Nowa Jastrzębska za personel uzyskało 22,857 pkt na 40 możliwych, za sprzęt 7,5 pkt na 15 możliwych, za dostępność (dostęp dla osób niepełnosprawnych ruchowo) 5 pkt na 5 możliwych, za dostępność (harmonogram pracy komórki organizacyjnej) 0 pkt na 15 możliwych. System oceny pytań ankietowych jest zautomatyzowany, niezależny od Komisji, punktacja jest naliczana wg algorytmów wskazanych w zarządzeniu 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.). Wskazać należy, że punktacja jest naliczana za spełnienie warunków tzw. rankingujących, czyli dodatkowych. Pytania z grupy - wymaganych – nie mają wpływu na liczbę punktów oceny oferty, w tym przypadku działa system: za niespełnienie warunku wymaganego oferta jest dyskwalifikowana – odrzucana na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 Ustawy.



Dalej w swym odwołaniu Odwołujący podnosi: „Pozbawienie poradni działających w strukturze Gminnego Centrum Usług Medycznych w Lisiej Górze zakontraktowanych świadczeń i zlokalizowanie placówek, które uzyskały kontrakt praktycznie w jednej miejscowości (...) prowadzi równocześnie do ograniczenia dostępności do tych świadczeń osobom ubezpieczonym w NFZ.” W tym miejscu należy zauważyć, iż w rozstrzygnięciu postępowania do realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie zostało wybranych dwóch Oferentów, nie można więc mówić tu o ograniczeniu dostępności świadczeń. Świadczenia dla pacjentów z tego terenu są zabezpieczone.

Odwołujący słusznie zauważa, że zgodnie z art. 148 Ustawy „Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być przeprowadzona certyfikatem jakości lub akredytacją, ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.” i podnosi dalej w swym odwołaniu, iż „Kryteria te, wskazane przez usługodawcę jako wiodące, były w pełni spełniane przez Gminne Centrum Usług Medycznych w Lisiej Górze.” Odwołujący, jak wskazano powyżej otrzymał stosowną liczbę punktów za spełnianie poszczególnych warunków danego kryterium, niemniej jednak, z oferty Odwołującego wynika, że nie spełniał on części warunków rankingujących, za które można było uzyskać punkty dodatkowe. Oferty pozostałych uczestników postępowania wykazywały spełnienie warunków dodatkowych, dzięki którym zyskały większą liczbę punktów. W tym miejscu zaznaczyć należy, że Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. nie przewiduje punktów za kryterium - kompleksowość.

Zdaniem Odwołującego w trakcie postępowania konkursowego została także naruszona zasada równości, o której mowa w art. 134 ust. 1 Ustawy, bowiem, jak stoi w odwołaniu: „Preferowano bowiem podmioty deklarujące gotowość udzielania świadczeń przez cztery dni w tygodniu w godzinach popołudniowych, a także w soboty przy pełnym etacie. Zdarzyło się jednak, że ofertę na dwa etaty składali świadczeniodawcy udzielający świadczeń w jednym gabinecie i przy jednym stanowisku pracy. W takiej sytuacji nie jest możliwy do spełnienia warunek „lekarz zatrudniony na 1 etat musi mieć w harmonogramie udzielania świadczeń 4 dni pracy do godziny 18.00”. Deklaracja udzielania świadczeń w soboty przy jednoczesnym braku wykorzystania pełnego czasu pracy w dni powszednie, prowadzi bowiem w istocie do preferencji fikcji (...)” Zgodnie z załącznikiem 4 do Zarządzenia 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, Oferent winien spełniać obowiązkowo

warunek „minimalna liczba pracy w tygodniu lekarza w poradni: w przypadku całego etatu przeliczeniowego 5 dni po 6 godzin dziennie” Komisja Konkursowa uznawała ten warunek za spełniony, gdy w ofercie, w przypadku całego etatu przeliczeniowego, oferent wykazał 5 dni pracy (po 6 godzin dziennie). Podkreślić tu należy, że przedmiotowe zarządzenie mówi o pięciu dniach pracy, nie zaś o pracy od poniedziałku do piątku, stąd też, interpretując zarządzenie literalnie, za spełnienie tego warunku uznawano wykazanie dowolnych pięciu dni tygodnia. Dodatkowe punkty należały się oferentowi także w przypadku spełnienia warunku: „praca lekarza w sobotę przez 6 h, proporcjonalnie do liczby etatów przeliczeniowych”, aby spełniać ten warunek należało wykazać pracę lekarza w sobotę w ilości godzin proporcjonalnej do wymiaru liczby etatów przeliczeniowych. Spełnianie powyższych warunków musiało wynikać z przedstawionych w ofercie danych takich jak: szczegółowy harmonogram pracy każdego lekarza, deklarowana liczba punktów rozliczeniowych w planie oferty. Wskazać należy, że zadeklarowanie przez oferentów niepełnego wymiaru etatu dla danego lekarza, skutkowało zmniejszeniem wymagań rankingujących. Wszystkie oferty w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i badane były pod kątem spełniania poszczególnych kryteriów jednakowo. Stąd też nie sposób zgodzić się z zarzutem, jakoby niniejsze postępowanie prowadzone było z naruszeniem zasad przewidzianych w art. 134 Ustawy.

Odwołujący stawia także zarzut dotyczący negocjacji *„W przypadku NFZ brak było woli komunikowania się. Oferenci, którzy nie posiadali w rankingu maximum punktów chcąc uzyskać kontrakt z reguły obniżali cenę. Jednak reguły gry ustalone przez NFZ pozostawiały niepewność co do możliwości uzyskania kontraktu pomimo znacznego obniżenia ceny. Nie było dialogu a jedynie jednostronna deklaracja świadczeniodawcy, która nie dawała mu żadnych gwarancji.”* W tym miejscu należy jeszcze raz podkreślić, że prowadzone postępowanie było postępowaniem konkursowym. Zgodnie z art. 134 Ustawy *„Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji”*, zapewnienie oferenta o wyborze jego oferty w trakcie negocjacji byłoby naruszeniem tej zasady. Podkreślić tu należy, że w trakcie całego procesu negocjacji, nie jest możliwe ocenienie skutków postąpień cenowych poszczególnych oferentów, do momentu zakończenia ostatnich negocjacji i wygenerowania rankingu końcowego. Stąd też sam protokół podpisywany w trakcie negocjacji zawiera stwierdzenie *„Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy”*. Każdy z Oferentów miał możliwość negocjować liczbę planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz cenę za udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Oferent skorzystał z tej możliwości, dokonując zmiany oferowanej ceny za świadczenia poprzez jej obniżenie.

Odwołujący dnia 20 maja 2014 r. skorzystał z uprawnienia przysługującego mu na mocy art. 10 kodeksu postępowania administracyjnego i zapoznał się z materiałami przedmiotowego postępowania. W następstwie niniejszego, pismem z dnia 20 maja 2014 r. (data wpływu 22 maja 2014 r.) Odwołujący podniósł: „*udostępniono nam do zapoznania ofertę tylko jednego oferenta, (...). Oferta drugiego oferenta, z wyjątkiem nazwy, była zastrzeżona. Okazano nam tylko oświadczenie o zastrzeżeniu danych podanych w ofercie i ofertę z zamalowanymi informacjami*” i zarzucił naruszenie art. 135 ust. 1 *Ustawy*. W tym miejscu należy zauważyć, iż zgodnie z art. 135 ust. 1 *Ustawy* oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne. Przepis ten dalej w ust. 2 wyłącza z jawności informacje stanowiące tajemnice przedsiębiorcy, które zostały zastrzeżone przez świadczeniodawcę. W ofercie konkurencyjnej zostało złożone „Oświadczenie oferenta o zastrzeżeniu informacji stanowiących tajemnice przedsiębiorcy” z dnia 16 marca 2014 r., zgodnie z załącznikiem nr 7 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 ( z zm.). Z Oświadczenia niniejszego wynikało, iż elementami oferty, które zostały zastrzeżone są: wykaz podwykonawców, wykaz sprzętu, wykaz pojazdów, wykaz pomieszczeń, oferta 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 części zawierającej informacje zastrzeżone. Zgodnie z Zarządzeniem nr 57/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia niedopuszczalne jest zastrzeżenie całej oferty. Oświadczenie z dnia 16 marca 2014 r. nie zastrzegало oferty w zakresie dotyczącym – wykazu miejsc udzielania świadczeń z danymi identyfikacyjnymi, obejmujący również miejsca udzielania świadczeń przez podwykonawców, tak więc Oświadczenie z dnia 16 marca 2014 r. zostało skutecznie złożone. W związku z tym z formularza ofertowego oferty konkurencyjnej, gdzie zostało złożone oświadczenie zgodne z załącznikiem nr 7 zarządzenia nr 57/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, można było Odwołującemu udostępnić do wglądu – dane identyfikacyjne oferenta, wykaz miejsc udzielania świadczeń oraz ankiety w części nie zawierającej zastrzeżonych informacji. Dnia 20 maja 2014 r. okazano zatem Odwołującemu konkurencyjne oferty w zakresie w jakim nie zostały zastrzeżone, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Odwołujący dalej wskazał: „*Nie można uznać, że w przypadku oferenta, którego świadczenia będą finansowane ze środków publicznych tajemnicą przedsiębiorstwa jest cena bądź harmonogram udzielania świadczeń.*” Odnosząc się do niniejszego należy podkreślić, iż 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 (z zm.) daje oferentom możliwość zastrzegania oferty w zakresie liczby i ceny jak i harmonogramu udzielania świadczeń. W tym miejscu należy zauważyć, iż Odwołujący mógł podnieść swoje spostrzeżenia i zarzuty formułowane odnośnie zastrzegania jako tajemnicy przedsiębiorstwa, ceny, czy harmonogramu udzielania świadczeń, w momencie, kiedy projekt przedmiotowego zarządzenia był na etapie konsultacji społecznych. W chwili obecnej Zarządzenie nr 57/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 października 2013 r. obowiązuje i przy okazywaniu ofert należało je stosować w obowiązującym brzmieniu.

W przypadku odwołania istotne jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy, który doznał uszczerbku. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 10 września 2008 r. VII SA/Wa 821/08, powołując się na orzecznictwo NSA 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 sądowoadministracyjnym 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.”*

W świetle powyższego Dyrektor Małopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia nie dopatrył się naruszenia interesu prawnego Odwołującego, 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 Odwołującego się.

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

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

**Otrzymują:**

1. Strony:
  1. GMINNE CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH W LISIEJ GÓRZE, Sucharskiego 3a, 33-140 Lisia Góra - Strona składająca odwołanie,
  2. Dorota Kocoł, Tarnowska 49, 33-140 Lisia Góra - Strona wybrana do zawarcia umowy,
  3. Katarzyna Cyganik, Aleksandra Jurek, Zaczarnie 153b, 33-140 Lisia Góra - 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.