

Znak: WOKSII.424.7.2017

REH-168.PG

**Decyzja**

z dnia 8 grudnia 2017 r.

nr 27./REH/2017

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) zwaną dalej „*Ustawą*” oraz art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257) w związku odwołaniem złożonym przez Oferenta Janinę Duda, ul. Piłsudskiego 25, 34-730 Mszana Dolna – zwanego dalej „*Odwołującym*” od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

**oddala odwołanie.**

**UZASADNIENIE**

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym, na okres od dnia 1 listopada 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 36 960,00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 listopada 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 1. W postępowaniu złożono 2 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 27 października 2017 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to

spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który mówi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *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 terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta - Odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257) zwaną w dalszej części „*k.p.a.*”. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania, Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Od decyzji Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 *ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi* (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1370 ze zm.), jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

W dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 19 stycznia 1995 r., I SA 1326/93), a wręcz, że interes prawny ma wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 27 września 2001 r., I SA 2326/00). W przypadku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguła ta znajduje zastosowanie jedynie odpowiednio, bądź na zasadzie

analogii. Jakkolwiek bowiem postępowania wszczęte wskutek odwołania lub skargi niezadowolonego oferenta mają charakter administracyjny lub sądowno-administracyjny, samo postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leży już poza sferą prawa administracyjnego, albowiem dotyczy cywilnoprawnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnego sposobu zawarcia tego rodzaju umowy, normowanego przepisami art. 132 i n. Ustawy i uzupełniająco przepisami art. 66 i n. kodeksu cywilnego. Mamy, więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1, bądź nie dokonanie wyboru żadnej oferty, gdy nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 142 ust. 5 Ustawy). W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami (art. 134 ust. 1 Ustawy). Jak słusznie wskazano w piśmiennictwie, *„pojęciem fundamentalnym dla instytucji środka odwoławczego w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym przyznane przez normę prawa materialnego. Interes prawny – co istotne – musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili, indywidualny oraz obiektywnie weryfikowalny. Samo zaś ustalenie interesu prawnego to nic innego, jako zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną”* (A. Paszkowski, *Środki odwoławcze w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*). Jak wskazał też Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330), do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje

sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie, zatem do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Z kolei w wyroku z dnia 24 września 2008 r. (VII SA/Wa 1076/08, LEX nr 560207) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie podkreślił, iż świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może skutecznie wnieść środek odwoławczy w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia naruszy określone przepisami powszechnie obowiązującymi lub przepisami wydanymi na ich podstawie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zasady postępowania w rozumieniu materialnoprawnym (np. wymagania od świadczeniodawców) oraz proceduralnym (np. warunki prowadzonego postępowania). Ostatnim warunkiem skutecznego wniesienia przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środka odwoławczego jest istnienie związku o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy, a naruszeniem zasad postępowania (A. Paszkowski, op. cit.).

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a *Ustawy*, określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-6 *Ustawy*, jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie tj. Janina Duda, ul. Piłsudskiego 25, 34-730 Mszana Dolna oraz świadczeniodawca, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie działając zgodnie z art. 61 § 4 w zw. z art. 61 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *k.p.a* oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 *Ustawy*, pismem z dnia 8 listopada 2017 roku znak: WOKSII.424.7.168.2017 poinformował strony postępowania o jego wszczęciu, a także o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 § 1 *k.p.a*. Dyrektor MOW NFZ poinformował strony o zapewnieniu czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji umożliwieniu wypowiedzenia się strony, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Zarówno Odwołujący, jak i podmiot wybrany do zawarcia umowy nie skorzystali z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 26 września 2017 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* ogłosił uzupełniające postępowanie

konkursowe nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym na obszarze: 1207 - limanowski, na okres: od dnia 1 listopada 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku.

W ogłoszeniu postępowania o ww. numerze zostały wskazane niżej wymienione akty prawne, które zawierały m.in. wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, 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 2016 r., poz. 1793 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz.1638 ze zm.),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.),*
4. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2011 r., Nr 293, poz.1728),*
5. *Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2011 r., nr 293, poz.1729),*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz.1146),*
7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz.1522 ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.,*

*10. Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*

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

W przedmiotowym postępowaniu zostały złożone 2 oferty. Oferentami byli:

1. Janina Duda, ul. Piłsudskiego 25, 34-730 Mszana Dolna,
2. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra.

W dniu 12 października 2017 roku komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o w/w numerze, stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 z zm.).

Wszyscy członkowie komisji konkursowej podpisali oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji z punktu widzenia wymagań określonych w art. 139 ust 5 Ustawy.

Komisja konkursowa powołana zarządzeniem Dyrektora Oddziału, prowadząca przedmiotowe postępowanie podejmowała wszelkie niezbędne czynności mające na celu stwierdzenie zgodności oferty ze stanem faktycznym i prawnym, w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych.

W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wezwała oferentów do usunięcia braków formalnych, które zostały uzupełnione w terminie. W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. W częściach: jawnej oraz niejawnej nie została odrzucona żadna oferta.

W toku postępowania komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u 1 nowego oferenta biorącego udział w postępowaniu, tj.: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra. Zgodnie bowiem z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.), komisja konkursowa przeprowadza weryfikację, u oferenta, który dotychczas nie miał zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Przeprowadzając kontrolę Oferentów komisja dokonuje w szczególności sprawdzenia:

- ✓ wyposażenia w sprzęt niezbędny do przeprowadzenia procesu diagnostyczno – terapeutycznego w danym zakresie,
- ✓ pomieszczeń niezbędnych do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z oceną warunków sanitarno – higienicznych,
- ✓ spełnienia wymogów w zakresie zapewnienia dostępu miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych.

Do części niejawnego postępowania zostali zakwalifikowani wszyscy oferenci.

Ocena ofert w przedmiotowym postępowaniu została dokonana w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372) oraz rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz.1522 ze zm.),

Zgodnie z art. 148 Ustawy porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się według kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
  - 2) kompleksowości,
  - 3) dostępności,
  - 4) ciągłości,
  - 5) ceny
- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

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

1. wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1,
2. nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu 1 oferty, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.:

**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra**, która znalazła się w rankingu końcowym, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

Wszystkie czynności weryfikacyjne oferty zostały opisane szczegółowo poprzez sporządzenie przez komisję konkursową protokołów oceny oferty pod względem spełnienia warunków formalno – prawnych.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 27 października 2017 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

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

W rankingu tym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. Należy podkreślić, iż protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, ale dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk ze wszystkimi oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnej postępowania, stanowi podstawę do sporządzenia rankingu końcowego, którego to wyniki wprost przekładają się na ilość wybranych oferentów i stanowią podstawę do zawarcia umów. Komisja konkursowa w każdym postępowaniu konkursowym dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z pozycją uzyskaną w rankingu końcowym, jednakże wybór liczby oferentów z którymi ma zostać zawarta umowa uzależniony jest od kwoty postępowania wskazanej w ogłoszeniu.

Ranking końcowy z podziałem na poszczególne części oceny oferty przedstawia się następująco:

Nazwa oferenta i miejsce udzielania świadczeń	Punkty za ofertę cenową	Jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
SPZPOZ W DOBREJ, 063/100011, Dobra 545	10,000	28,000	2,000	5,000	0,000	0,000	35,000	45,000	zbieżne ostateczne	TAK
Janina Duda 063/200017, Mszana Dolna, ul. Piłsudskiego 25	10,000	27,000	0,000	5,000	0,000	0,000	32,000	42,000	zbieżne ostateczne	NIE

\* Współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.

Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny. Ostatecznie ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający prace komisji konkursowej, co gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.



Organ poczynił ustalenia faktyczne i wskazał, że oferta Odwołującego spełniała wymagane warunki i została zaproszona do negocjacji. Natomiast po negocjacjach, które stanowią część niejawną postępowania, w sporządzonym rankingu końcowym oferta skarżącej uzyskała zbyt małą ilość punktów. Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na 2 pozycji, a do zawarcia umowy zgodnie z ogłoszeniem w/w postępowania wybrano 1 oferenta posiadającego potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

Dodatkowo należy mieć na uwadze, iż konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym, do zawarcia umowy komisja konkursowa wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu określonego postępowania konkursowego. Warto również przywołać stanowisko Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, który w wyroku z 16 stycznia 2013 r. wskazał, że: *„fakt, czy oferta danego oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania, zależy wyłącznie od jej treści. Konkurs zawsze niesie za sobą element ryzyka i niewiadomej jego rozstrzygnięcia. W tej sytuacji trzeba zgodzić się z organem odwoławczym, iż na podstawie ustawy o świadczeniach, rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert usługodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i ilości świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jeśli natomiast część oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo-ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy.”*

Odwołujący się pismem z dnia 3 listopada 2017 roku (przesłanym pocztą do MOW NFZ – wpływ 6 listopada 2017 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący w swym odwołaniu nie wykazał naruszenia przez komisję konkursową przepisów prawa, nie wskazał też nieprawidłowości w przedmiotowym postępowaniu, które mogłyby mieć wpływ wybór jego oferty w rozstrzygnięciu postępowania.

Odwołujący argumentuje, iż *„jakakolwiek organizacja konkursu uzupełniającego jest pozbawiona podstaw prawnych i prowadzi do faktycznej eliminacji prawa do złożenia odwołania, lub też przyjęcia z góry, bez zapoznania się z odwołaniem, iż rozstrzygnięcie będzie negatywne i nie wpłynie na możliwość przeprowadzenia konkursu uzupełniającego”*. W opinii Odwołującego *„rozstrzygnięcie poprzedniego konkursu z dnia 22 września 2017 r. nie jest ostateczne, albowiem wpłynęło moje odwołanie, które (...) nie zostało rozpatrzone. Bezprzedmiotowe było zatem finalizowanie konkursu na zakres, który nie został formalnie wyłączony z poprzedniego postępowania i korzysta z tej samej puli finansowania”*. Odwołujący dodaje, że *„takie działanie eliminuje zasadę dwuinstancyjności postępowania i faktyczną możliwość wniesienia środków odwoławczych oraz kontrolę sądu administracyjnego, albowiem bez względu na biegnący tok instancji kontrahenci są kierowani do zawarcia umów, co czyni fikcyjnymi jakiegokolwiek środki ochrony prawnej”*. Odwołujący podnosi również, że *„termin składania ofert wskazano na 10 października*

2017 r., a zatem bez oczekiwania na ostateczne i prawomocne zakończenie poprzedniego konkursu (...), z którego – bez wskazania przesłanek prawnych i faktycznych – wyłączono do niniejszego postępowania zakres korygując pierwotną pulę umów i uzupełniając te pulę pojedynczą umową w konkursie uzupełniającym”.

Odnosząc się do powyższych zarzutów Organ wskazuje, że poprzednio prowadzone postępowanie nr 06-17-000560/REH/05/1/05.2300.022.02/01 zostało zakończone i rozstrzygnięte 22 września 2017 roku. Jak już wspomniano powyżej zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *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 terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta - Odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257). Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania, Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Od decyzji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Od decyzji Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego.

Organ informuje, że Odwołujący złożył odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania 06-17-000560/REH/05/1/05.2300.022.02/01 w terminie przewidzianym dla tej czynności, 16 października 2017 roku pełnomocnik Odwołującego zapoznał się z dokumentacją powyższego postępowania. 3 listopada 2017 roku Dyrektor MOW NFZ wydał decyzję oddalającą odwołanie złożone od rozstrzygnięcia powyższego postępowania, a następnie Odwołujący pismem z dnia 9 listopada 2017 roku, złożonym osobiście w MOW NFZ, zawnioskował o ponowne rozpatrzenie sprawy dot. postępowania 06-17-000560/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Należy, więc wskazać, że Odwołujący nie został pozbawiony możliwości skorzystania z przysługujących mu środków odwoławczych.

Organ informuje, że konkurs uzupełniający ze swej istoty ma doprowadzić do „uzupełnienia” dotychczasowych zakupów świadczeń, w sytuacji, gdy rozstrzygnięte i zakończone prowadzone

uprzednio postępowanie nie zabezpieczyło w pełni zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Z tego powodu Dyrektor MOW NFZ w dniu 26 września 2017 roku, ogłosił uzupełniające postępowanie na okres od dnia 1 listopada 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku, wcześniejsze postępowanie nr 06-17-000560/REH/05/1/05.2300.022.02/01 dotyczyło okresu od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. Postępowanie nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 dotyczyło tego samego zakresu terytorialnego, co wcześniejsze, czyli 1207 – limanowski, ponieważ jego celem było uzupełnienie świadczeń na tym obszarze. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia, ale nie stanowi przeszkody do ogłoszenia postępowania uzupełniającego w tożsamym zakresie i obszarze terytorialnym.

Postępowanie uzupełniające było prowadzone niezależnie od postępowania odwoławczego. Odwołujący odwołał się od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-17-000560/REH/05/1/05.2300.022.02/01, a także, niezależnie od odwołania, złożył ofertę w postępowaniu uzupełniającym nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Postępowanie odwoławcze ma na celu zbadanie poprawności działań podejmowanych przez komisję konkursową. Odwołanie złożone do uprzednio prowadzonego postępowania nie ma wpływu na rozstrzygnięcie postępowania uzupełniającego, w którym ocenie poddawane są jedynie złożone przez oferentów oferty. Mając na uwadze powyższe, w ocenie Organu, zarzut „*eliminacji dwuinstancyjności postępowania*”, spowodowanej ogłoszeniem postępowania uzupełniającego należy uznać za bezpodstawny.

Dalej Odwołujący podnosi, iż: „*w ogłoszeniu nie sformułowano w sposób prawidłowy kryteriów oceny ofert, nie zostały one w ogóle podane. Takie działanie jest sprzeczne z zasadą jawności działania administracji publicznej i zasadą jawności wydatkowania środków publicznych*”. Podkreśla, także, że „*organizacja konkursu oraz sposób jego przeprowadzenia nie może naruszać art. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowiącej podstawę do zapewnienia równego dostępu do świadczeń*”. Odnosząc się do powyższych argumentów, Organ zaznacza, że w ogłoszeniu postępowania nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 zostały wskazane akty prawne, które zawierały m.in. wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ, w odniesieniu do oferentów przystępujących do postępowania, a także stanowiły formalną i merytoryczną podstawę do wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Organ podkreśla, że postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Ocena ofert odbywała się na podstawie kryteriów jasno określonych w treści ogłoszenia o przedmiotowym postępowaniu. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich

biorących udział w konkursie świadczeniodawców i tożsame kryteria ocen. Ponadto, Odwołujący, tak jak każdy Oferent przystępujący do postępowania Oferent złożył do oferty oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ z zm. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. W jego treści każdy Oferent oświadcza, że zapoznał się z przepisami zarządzenia, warunkami zawierania umów, ogólnymi warunkami umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, akceptuje je, nie zgłasza do nich zastrzeżeń i przyjmuje je do stosowania Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Podkreślić tutaj należy, iż sam Odwołujący na etapie prowadzonego postępowania nie wnosił w tej kwestii żadnych zastrzeżeń, w szczególności w formie umotywowanego protestu przewidzianego art. 153 *Ustawy*. W związku z powyższym zarzut „niepodania kryteriów oceny ofert” należy uznać za bezzasadny.

Odwołujący „wniósł o przestawienie szczegółowych kryteriów wyboru kontrahenta z wyszczególnieniem punktów przyznanych na każde z ocenianych kryteriów”. Organ informuje, że żaden z oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu nie dokonał zastrzeżenia części VIII formularza ofertowego *Ankiety*, jako informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Organ zaznacza, że minimalne różnice punktów między Odwołującym a podmiotami wybranymi do zawarcia umów w kryteriach *Jakości* i *Kompleksowości* zadecydowały o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania. Należy zauważyć, że różnica punktów między oferentami w kryterium *Jakości* wyniosła 1 punkt, lecz była jednym z czynników, który zadecydował o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania. Na kryterium *Jakości* składa się potencjał wykazany przez Oferentów m. in.: personel, sprzęt, posiadane certyfikaty, odpowiedzi udzielone na pytania ankietowe. Oferta Odwołującego się otrzymała mniejszą ilość punktów za kryterium *Jakość* bowiem oferent wybrany do zawarcia umowy udzielił pozytywnych odpowiedzi ankietowych m.in. na dodatkowe pytania ankietowe dotyczące personelu i sprzętu. Organ, zgodnie z dyspozycją § 11 ust. 1 *zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*, informuje, że podmiot wybrany do zawarcia umowy tj.: SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra, udzielił odpowiedzi pozytywnych w następujących pytaniach ankietowych:

1.2.1.2. *Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu – 4,000 pkt,*

1.2.1.3. *Fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 2 etatów – 3,000 pkt,*

1.2.1.4. *Lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii - w miejscu udzielania świadczeń – 3,000 pkt,*

1.2.1.5. *Specjalista psychologii klinicznej lub psycholog - równoważnik co najmniej 1/4 etatu – 3,000 pkt.*

1.2.1.6. *Specjalista w dziedzinie fizjoterapii -równoważnik co najmniej 1/2 etatu – 6,000 pkt,*

1.2.1.8. *Dietetyk - dostęp do konsultacji w lokalizacji. – 1,000 pkt,*

1.2.1.9. *Terapeuta zajęciowy - równoważnik co najmniej 1/4 etatu. – 1,000 pkt,*

1.2.1.10. *Logopeda, o którym mowa w lp. 3 lit. b ust. 1 pkt 8 załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1522), posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii - równoważnik co najmniej 1/4 etatu. – 1,000 pkt,*

1.2.4.2. *Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w lokalizacji – 1,000 pkt,*

1.2.4.3. *Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji – 2,000 pkt,*

1.2.4.5. *Aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy - w miejscu udzielania świadczeń – 1,000 pkt,*

1.2.4.6. *Stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją - w miejscu udzielania świadczeń – 1,000 pkt,*

1.2.5.1. *Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością. – 1,000 pkt.*

Natomiast Odwołujący udzielił pozytywnych odpowiedzi na następujące pytania ankietowe:

1.2.1.2. *Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu – 4,000 pkt,*

1.2.1.3. *Fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 2 etatów – 3,000 pkt,*

1.2.1.4. *Lekarz specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub lekarz specjalista w dziedzinie neurologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii - w miejscu udzielania świadczeń – 3,000 pkt,*

1.2.1.5. *Specjalista psychologii klinicznej lub psycholog - równoważnik co najmniej 1/4 etatu – 3,000 pkt.,*

1.2.1.7. *Masażysta - równoważnik co najmniej 1/4 etatu. – 1,000 pkt,*

1.2.1.8. *Dietetyk - dostęp do konsultacji w lokalizacji. – 1,000 pkt,*

1.2.1.9. *Terapeuta zajęciowy - równoważnik co najmniej 1/4 etatu. – 1,000 pkt,*

1.2.3.1. *Wykonanie w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, świadczeń: 1) świadczeniobiorcom z rozpoznaniami (ICD-10): a) reumatoidalne zapalenie stawów - M05, b) młodzieńcze zapalenie stawów - M08, M09, c) zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa - M45, d) luszczycowe zapalenie stawów - M07, e) toczeń rumieniowaty układowy - M32, f) zapalenie wielomięśniowe i skórno mięśniowe - M33, g) dna moczianowa - M10, h) zespół Sjogrena - M35.0; i) zespół nakładania - M35.1, j) stwardnienie rozsiane - G35; k) choroby przewlekłe postępujące wymienione w lit. a-j, l) stan po leczeniu nowotworów*

złośliwych C00-C97 i D00-D09; m) stan po wszczępieniu endoprotezy stawu biodrowego i kolanowego (do 1 roku od zakończenia ostrej fazy choroby) Z96.6 lub Z96.8, n) skoliozy - M41; 2) dla określonej grupy świadczeniobiorców, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsianym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu. – 4,000 pkt,

1.2.4.1. Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń. – 2,000 pkt,

1.2.4.2. Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w lokalizacji – 1,000 pkt,

1.2.4.3. Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji – 2,000 pkt,

1.2.4.5. Aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy - w miejscu udzielania świadczeń – 1,000 pkt,

1.2.4.6. Stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją - w miejscu udzielania świadczeń – 1,000 pkt.

Organ wskazuje także, że zgodnie z tabelą nr 2 stanowiącą załącznik nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.) zwanego dalej Rozporządzeniem Odwołujący nie otrzymał ujemnych punktów za kryterium *Jakość – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości*.

Z kolei kryterium *Kompleksowości* stosownie do przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.) w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/ oddziale dziennym dotyczy realizacji na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej lub w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Organ potwierdza, że podmiot wybrany do zawarcia umowy otrzymał 2,000 pkt za kryterium *Kompleksowości* ze względu na realizację na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Odwołujący nie spełnił ww. warunków i nie otrzymał punktów za to kryterium.

Organ informuje, że zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.) oraz częścią VIII formularza ofertowego *Ankiety* kryterium *Dostępności* w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym dotyczy harmonogramu czasu pracy ośrodka/oddziału dziennego – co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00. Zarówno Odwołujący, jak i podmiot wybrany do zawarcia umowy otrzymali po 5,000 pkt za wskazane kryterium. W kryterium *Dostępności* mieści się także wymóg dodatkowy w postaci wykazania

odrębnej aplikacji służącej wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu, za który oferenci mogli otrzymać maksymalnie 1,000 pkt. W przedmiotowym postępowaniu żaden z oferentów nie spełnił powyższego warunku i nie otrzymał punktu.

Odwołujący podnosi, że *„nie dokonano żadnej czynności formalnej w zakresie oferty odwołującej się. Nie została ona odrzucona, nie wskazano iż oferent nie spełnia wymogów formalnych dla udzielania świadczeń zgodnie z ogłoszeniem lub też, że został wykluczony z udziału w konkursie”*. Organ informuje, że w toku postępowania, w przypadku stwierdzenia braków formalno-prawnych lub rozbieżności danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym, komisja zgodnie § 17 pkt 1 *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.)* wskazuje, iż w toku postępowania komisja konkursowa może wzywać oferentów do uzupełnień lub żądać złożenia wyjaśnień dotyczących oferty. W przedmiotowym postępowaniu w przypadku braków formalnych lub rozbieżności Odwołujący był wzywany do uzupełnienia braków lub wyjaśnień, co potwierdza korespondencja z Odwołującym. Oferta Odwołującego spełniała wymagania formalne, a jego oferta nie podlegała odrzuceniu na żadnym etapie postępowania.

W niniejszej sprawie świadczeniodawca złożył konkretną ofertę, która podlegała ocenie komisji konkursowej. Oferta zawierała dane, na podstawie których miała zostać oceniona przez komisję konkursową. W wyniku przeprowadzonej oceny oferta skarżącego nie została wybrana. Organ jeszcze raz podkreśla, że rozstrzygnięcie przedmiotowego konkursu jest wyłącznie wynikiem zastosowania jednolitych i wynikających z przepisów prawa kryteriów oceny ofert, po uprzednim przeprowadzeniu negocjacji z oferentami. Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego było uzyskanie przez niego zbyt małej ilości punktów w końcowym rankingu.

Odwołujący podnosi, że *„w niniejszym postępowaniu uzyskano pełną zbieżność propozycji w toku negocjacji i nie było żadnych formalnych przeszkód do pominięcia oferty lub jej odrzucenia. W konsekwencji konieczne było podanie kryteriów wyboru, które zostały na tym etapie zatajone”*. Organ informuje, że negocjacje stanowią niejawną część postępowania konkursowego, dlatego komisja konkursowa może poinformować Oferenta jedynie o ilości złożonych ofert oraz jego pozycji w rankingu otwarcia. Protokół końcowy z negocjacji określa ostateczne stanowiska stron, ale dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk z Oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnej postępowania, stanowi podstawę do sporządzenia rankingu końcowego, którego to wyniki wprost przekładają się na ilość wybranych Oferentów i stanowią podstawę do zawarcia umów. Należy podkreślić, że protokół z negocjacji zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny, ale zbieżność stanowiska stron w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Odwołujący podpisując protokół z negocjacji został o tym poinformowany.

Odwołujący zarzuca w swoim odwołaniu, iż „*nadal nie zapewniono dogodnego dla pacjentów i świadczeniobiorców pokrycia terytorialnego, co w przypadku rehabilitacji ma szczególne znaczenie. Zmarnowany zostaje potencjał świadczeniodawcy, który od 17 lat niezmiennie i stale zapewnia świadczenia rehabilitacyjne*”. Dodaje również, że „*kryterium geograficzne, przekładające się na kryterium dostępności jest uregulowane na poziomie ustawowym. (...) Nadal brak jest wyboru oferenta stanowiącego naturalne zaplecze obszaru Mszany Dolnej*”. Odnosząc się do powyższych zarzutów Organ wskazuje, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Określenie w treści ogłoszenia maksymalnej liczby umów, nie oznacza obowiązku zawarcia takiej ilości umów. Tym samym komisja może wybrać mniejszą liczbę oferentów. Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz wymogi merytoryczne. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem ofertę, która uzyskała wyższe oceny punktowe i jako najkorzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy do zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na 2 pozycji, uzyskując łączną ocenę 42,000 pkt., a do zawarcia umowy wybrano 1 oferenta, którego potencjał pozwolił na wyczerpanie łącznej wartości zamówienia oraz zabezpieczenie udzielania świadczeń. W związku z powyższym dokonanie wyboru wszystkich świadczeniodawców do zawarcia umowy jest niemożliwe ze względu na ograniczone środki finansowe. Oferty podmiotów wybranych do zawarcia umów zabezpieczają liczbę świadczeń dla pacjentów w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym na obszarze: 1207 - limanowski, zgodnie z ogłoszeniem postępowania nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01.

Niemniej jednak, Odwołujący wniósł także o zmianę rozstrzygnięcia konkursu „*poprzez uwzględnienie złożonej oferty w konkursie poprzedzającym zawarcie umowy i uwzględnienie oferowanych świadczeń w ramach trzeciej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*”. Organ wskazuje, że postępowanie komisji konkursowej było prawidłowe, a w toku niniejszego postępowania odwoławczego nie ma możliwości dokonania ponownej oceny złożonej oferty, jako że leży to w gestii komisji konkursowej. Potwierdza to wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 w którym stwierdził, „*rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 ustawy o świadczeniach (...) w związku z art. 152 tej ustawy jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniobiorcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert (...)*”. Tożsama argumentacja znalazła również odzwierciedlenie w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 24 sierpnia 2016 r. sygn. akt II SA/Bd 597/16.

Odwołujący w swoim odwołaniu zwrócił się z prośbą „*o udostępnienie dokumentacji dotyczącej punktacji ofert naszych konkurentów w celu porównania z oceną naszej oferty*”. Organ informuje, że pismem z dnia 1 grudnia 2017 roku, będącym odpowiedzią na pismo o znaku:



WOKSIL.424.7.REH-168.2017 z dnia 8 listopada 2017 roku, informującego strony o prawie zapoznania się z dokumentacją postępowania, Odwołujący oświadczył, że nie zamierza skorzystać z przysługującego stronie prawa zapoznania się z materiałami postępowania nr 06-17-000784/REH/05/1/05.2300.022.02/01 oraz podtrzymuje zarzuty odwołania. Jednocześnie Odwołujący podkreśla, że informacja o możliwości czynnego udziału stanowi „wezwanie obarczone wadą prawną i nie wywołuje żadnych skutków w zakresie uprawnień strony postępowania”. Ponadto dodaje, iż „ujawnienie dokumentów niedostępnych na etapie formułowania odwołania stanowi potwierdzenie naruszenia równego dostępu oferentów do realizacji świadczeń”, a „taki sposób działania czyni fikcyjnym możliwość przedstawienia wszystkich zarzutów i w konsekwencji uniemożliwia ich postawienie”. Odnosząc się do powyższych zarzutów Organ informuje, że zgodnie z art. 9 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257) organy administracji publicznej są obowiązane do należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania administracyjnego. Organy czuwają nad tym, aby strony i inne osoby uczestniczące w postępowaniu nie poniosły szkody z powodu niezajomości prawa, i w tym celu udzielają im niezbędnych wyjaśnień i wskazówek. Zawiadomienie strony o wszczęciu postępowania ma na celu poinformowanie strony, iż wobec pozytywnej oceny formalnej żądania wniesionego przez stronę postępowania dokonanej w fazie wszczęcia postępowania, rozpoczęło się postępowanie administracyjne, a tym samym strona ma możliwość obrony swoich praw.

Należy również wskazać, że zgodnie z dyspozycją § 11 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm. Oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zostały zastrzeżone przez świadczeniodawcę. Ponadto, Organ podkreśla, że zgodnie z art. 73 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1257) strona ma prawo wglądu w akta sprawy, sporządzania z nich notatek, kopii lub odpisów. Mając na uwadze powyższe, należy wskazać, że działanie Organu dotyczące umożliwienia Odwołującemu wglądu w dokumentację postępowania było prawidłowe, a zarzut „naruszenia równego dostępu oferentów do realizacji świadczeń” jest bezpodstawny.

Reasumując Organ przypomina, że do skutecznego wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia nie wystarcza samo istnienie interesu prawnego, lecz jest także konieczne wystąpienie uszczerbku w tym interesie na skutek nieprawidłowości przebiegu postępowania. Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania będzie występował wtedy, gdy naruszenie przez podmiot prowadzący to postępowanie określonych zasad postępowania spowodowało, że uczestnik postępowania (świadczeniodawca) został pozbawiony możliwości zawarcia umowy. Interes prawny świadczeniodawcy należy oceniać przez pryzmat konkretnego postępowania i możliwości zawarcia

umowy przez określonego świadczeniodawcę (wystąpienia uszczerbku jego interesu prawnego).

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, odniósł się powyżej do wszystkich elementów kwestionowanych przez Odwołującego. Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ zbadał wszystkie okoliczności istotne dla prawidłowego i pełnego rozstrzygnięcia oraz dokonał oceny dowodów, z uwzględnieniem wszystkich twierdzeń i zarzutów Odwołującego się. Organ ustalił w sposób jednoznaczny, że nie doszło do naruszenia przepisów prawa w tym zakresie obowiązujących, w tym w szczególności zasady równego traktowania Oferentów biorących udział w postępowaniu. Przepis art. 134 ust. 2 *Ustawy* nakłada nadto na Fundusz obowiązek, by wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były wszystkim świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

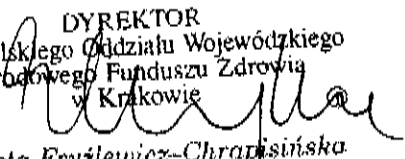
Wszyscy świadczeniodawcy byli jednakowo informowani o jego zasadach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny skarżącego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. Wszystko to służy nadrzędnemu celowi, którym jest postępowanie jawne, równe oraz transparentne, prowadzące do wyboru ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość, a także najlepszą dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, zagwarantowaniem uczciwej konkurencji pomiędzy Oferentami.

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

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

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR  
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Krakowie

  
Elżbieta Fryzlewicz-Chrapisińska

Decyzję otrzymują:

1. Janina Duda, ul. Piłsudskiego 25, 34-730 Mszana Dolna - strona składająca odwołanie,
2. SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W DOBREJ, Dobra 545, 34-642 Dobra - strona wybrana do zawarcia umowy,
3. 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 (t.j.: Dz.U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji. Od decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługiwać będzie środek zaskarżenia do sądu administracyjnego.*

*Zgodnie z art. 52 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz.U. z 2017 r., poz. 1370 ze zm.) jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu decyzji. Wpis od skargi wynosi 200 zł. Strona może w trakcie biegu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy zrzec się prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wobec organu administracji publicznej, który wydał decyzję. (Art. 127a. § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.1257.) stosuje się odpowiednio do wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, o których mowa w art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).*