

Znak: WOKSII.424.3.STM-80.2018

STM.PG

**Decyzja**

z dnia <sup>22</sup>..... czerwca 2018 roku

nr <sup>15</sup>...../STM/2018

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 2017 r., poz. 1938 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 Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., ul. Na Kozłówce 29, 30-644 Kraków – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-18-000354/STM/07/1/07.0000.220.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii, 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 06-18-000354/STM/07/1/07.0000.220.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii, na okres od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 268 917,30 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 4. W postępowaniu złożono 2 oferty (w tym jedną na dwa miejsca udzielania świadczeń). W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 18 maja

2018 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 sędowo-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 sędowo-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 *Ustawy*, 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. Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., ul. Na Kozłówce 29, 30-644 Kraków oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

1. Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., ul. Na Kozłówce 29, 30-644 Kraków,
2. NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska ERGOMED Sp. z o.o. sp. k., ul. Bonarka 16, 30-415 Kraków.

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 28 maja 2018 roku znak: WOKSII.424.3.STM-80.AŁ 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.

Strona odwołująca się zapoznała się z dokumentacją postępowania w dniu 7 czerwca 2018 roku, nie wnosząc uwag, natomiast podmiot wybrany do zawarcia umowy nie skorzystał z prawa zapoznania się z materiałami postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-18-000354/STM/07/1/07.0000.220.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 12 lutego 2018 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-18-000354/STM/07/1/07.0000.220.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne w zakresie: świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii na obszarze: 1261011- Kraków, 1261049 – Kraków-Podgórze, na okres: od dnia 1 lipca 2018 roku do dnia 30 czerwca 2023 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 2017 r., poz. 1938 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz.160),*
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 ze zm.),*
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 leczenia stomatologicznego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.193 ze zm.),*
9. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz.188)*

10. Zarządzenie nr 23/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2017 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne ze zm.,
11. 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. Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., ul. Na Kozłówce 29, 30-644 Kraków – oferta złożona na dwa miejsca udzielania świadczeń: Kraków, ul. Na Kozłówce 29 i Kraków, ul. Heleny 2,
2. NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska ERGOMED Sp. z o.o. sp. k., ul. Bonarka 16, 30-415 Kraków.

W dniu 5 marca 2018 roku komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o ww. numerze, stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku 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 nie stwierdziła braków formalnych ofert i nie wezwała żadnego z oferentów do usunięcia braków formalnych. W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. W częściach: jawnej oraz niejawnej nie została odrzucona żadna oferta.

W toku ww. postępowania komisja konkursowa nie przeprowadziła weryfikacji miejsca udzielania świadczeń u żadnego oferenta. 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. W przedmiotowym postępowaniu żadna z powyższych przesłanek weryfikacji nie wystąpiła. 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 roku 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 leczenia stomatologicznego (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 193 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 2 oferty, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.:

1. Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., ul. Na Kozłówce 29, 30-644 Kraków – oferta złożona na dwa miejsca udzielania świadczeń: Kraków, ul. Na Kozłówce 29,
2. NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska ERGOMED Sp. z o.o. sp. k., ul. Bonarka 16, 30-415 Kraków,

które znalazły 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 18 maja 2018 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 niejawnego 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 adres miejsca 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
Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., Kraków, ul. Na Kozłowiec 29	6,852	27,500	3,000	5,000	11,000	0,000	46,500	53,352	zbieżne ostateczne	TAK
NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska ERGOMED Sp. z o.o. sp. k., Kraków, ul. Bonarka 18	9,815	28,000	3,000	7,000	5,000	0,000	43,000	52,815	zbieżne ostateczne	TAK
Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., Kraków, ul. Heleny 2	6,852	22,500	3,000	5,000	11,000	0,000	42,500	48,352	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, 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 obaj oferenci biorący udział w postępowaniu nr 06-18-000354/STM/07/1/07.0000.220.02/01 dokonali zastrzeżenia części VIII formularza ofertowego *Ankiety* (tj. odpowiedzi ankietowych m.in. na dodatkowe pytania ankietowe dotyczące personelu i sprzętu), jako informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy.

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 odwołującego się uzyskała zbyt małą ilość punktów.

Oferta Odwołującego, złożona na miejsce udzielania świadczeń na ul. Heleny 2, uplasowała się w rankingu końcowym na 3 pozycji, a do zawarcia umowy wybrano 2 oferentów, w tym ofertę Odwołującego złożoną na miejsce udzielania świadczeń przy ul. Na Kozłowiec 29, posiadających potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

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 24 maja 2018 roku (złożonym osobiście w MOW NFZ w tym samym dniu) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący w swym odwołaniu zarzuca „*błędą ocenę oferty Spółki posiadającej numer 061/400017 (lokalizacja ul. Heleny 2), a to poprzez:*

1. niewłaściwe zliczenie punktów przyznawanych na podstawie całokształtu treści oferty, w szczególności udzielonych odpowiedzi na pytania ankiety ogólnej,
  2. bezpodstawne przyznanie ofercie Spółki 0 pkt za odpowiedź ankietową nr 1.3.2.3. udzielaną w kryterium dostępności – część wspólna, pomimo obowiązku przyznania 2 pkt z uwagi na udzielenie przez Spółkę odpowiedzi pozytywnej, która była i jest zgodna z prawdą
- a w konsekwencji zaniżenie ostatecznego wyniku, uzyskiwanego na podstawie wszystkich ocenianych kryteriów, co spowodowało umieszczenie oferty Spółki poniżej linii odcięcia pozbawiając ją możliwości zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”

Ponadto, Odwołujący zarzuca naruszenie przez komisję konkursową „przepisów u.ś.o.z.:

- 1) o ogłaszaniu konkursu (art. 139 ust. 3pkt 5 zd. 2)
- 2) o ocenie ofert (art. 148 ust. 1)
- 3) o wyborze ofert (art. 142 ust. 5);
- 4) o przeprowadzeniu weryfikacji treści ofert (art. 1369 ust. 9 z zw. z § 17 pkt 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania postępowania 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 późn. zm., dalej: rozporządzenie)
- 5) statuujące zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zasadę nakładającą na NFZ obowiązek prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji wymienione (art. 134 ust. 1 u.ś.o.z.)”.

Odwołujący podnosi, że „pismem z dnia 10.04.2018 r. komisja konkursowa wezwała Spółkę do wyjaśnienia rozbieżności stwierdzonych w trakcie weryfikacji oferty”, wezwanie dotyczyło potwierdzenia przez Spółkę udzielonej odpowiedzi „TAK” na pytanie nr 1.3.2.3. Odrębna aplikacja służąca do bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym, automatycznym potwierdzeniem terminu części VIII formularza ofertowego Ankiety. Odwołujący podkreśla, że „w załączeniu do odpowiedzi z dnia 13.04.2018 r. Spółka przesłała kserokopię umowy z firmą BILANS JR z dnia 22 listopada 2017 r., której przedmiotem było dostosowanie i wdrożenie oprogramowania komputerowego przeznaczonego do kompleksowej obsługi firmy, w tym w szczególności do pełnej informatyzacji gabinetów”. Odwołujący dodaje, że „jednym z modułów podlegających wdrożeniu był moduł Rejestracji on-line, (...) moduł ten miał zostać wykonany i wdrożony w ramach drugiego etapu realizacji zobowiązania, najdalej do dnia 31 marca 2018 roku. W istocie Rejestracja on-line funkcjonowała już od dnia 9 lutego 2018 r.”. Odwołujący dołączył do odwołania oświadczenie dostawcy oprogramowania oraz zaznaczył, że w jego ocenie „komisja konkursowa błędnie zinterpretowała treść przekazanych dokumentów (...) przyjmując, że na dzień złożenia oferty Spółka nie dysponowała aplikacją, o której mowa w ankietowym pytaniu nr 1.3.2.3.”. W dalszej części odwołania Odwołujący stwierdza, że „żadne przepisy prawa (...) nie stanowią, w jaki sposób Spółka

*ma dowodzić prawdziwości złożonych oświadczeń. W spornym przypadku, Spółka postąpiła zgodnie z sugestią komisji konkursowej i przesłała umowę wraz z dowodami płatności”. Odwołujący wskazuje także, że „Do dnia 31 marca 2018 r. kontrahent Spółki miał nieprzekraczalny czas na wdrożenie w ramach drugiego etapu prac aż pięciu modułów. Moduł Rejestracji on-line był drugim modulem w kolejności. Skoro Spółka do dnia 28 lutego 2018 r. zapłaciła dwie z trzech rat wynagrodzenia za drugi etap prac (...), to naturalnym musi być wniosek, że wynagrodzenie dotyczy wykonanej już pracy”.*

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego 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 oferty, które uzyskały wyższe oceny punktowe i jako najkorzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy do zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta Odwołującego uplasowała się w rankingu końcowym na 3 pozycji, uzyskując łączną ocenę 48,352 pkt., a do zawarcia umowy wybrano 2 oferentów (w tym także ofertę Odwołującego złożoną na miejsce udzielania świadczeń: Kraków, ul. Na Kozłówce 29), których 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: świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii na obszarze: na obszarze: 1261011- Kraków, 1261049 – Kraków-Podgórze, zgodnie z ogłoszeniem postępowania nr 06-18-000354/STM/07/1/07.0000.220.02/01.

Komisja konkursowa zgodnie z § 17 ust. 1 *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.)*, pismem z 10 kwietnia 2018 roku wezwała Odwołującego do wyjaśnienia rozbieżności stwierdzonych w trakcie oceny oferty dot. obu miejsc udzielania świadczeń, czyli ul. Heleny 2 i ul. Na Kozłówce 29 między innymi odnośnie pytania ankietowego nr 1.3.2.3. Komisja wniosła o przedstawienie potwierdzenia nabycia oprogramowania oraz umowy lub oświadczenia dostawcy oprogramowania – określiła tym samym dokładnie, jakie dokumenty Odwołujący ma przedstawić. W odpowiedzi, pismem z dnia 13 kwietnia 2018 roku Odwołujący jednoznacznie oświadczył, że „wdrożenie wszystkich modułów spełni wszystkie wymogi zawarte w ww. pytaniach ankietowych” oraz dołączył ksero umowy z firmą BILANS JR z 22 listopada 2017 roku. Zgodnie z § 2 ust. 4 umowy strony ustaliły termin wdrożenia i uruchomienia poszczególnych modułów na etapy. Rejestracja on-line, której dot. wskazane pytanie

ankietowe, zgodnie z umową, miała zostać wdrożona w etapie 2, czyli do dnia 31 marca 2018 roku. Odwołujący złożył ofertę w przedmiotowym postępowaniu w dniu 28 lutego 2018 roku. Bezsprzecznym i niebudzącym wątpliwości jest zatem fakt, że na dzień złożenia oferty Odwołujący nie posiadał Rejestracji on-line, a udzielona przez niego odpowiedź „TAK” na pytanie nr 1.3.2.3. nie znalazła potwierdzenia w przesłanych przez Odwołującego na wezwanie komisji dokumentach. W związku z powyższym komisja konkursowa nie mogła uznać udzielonej odpowiedzi i przyznać za nią punktów co do żadnego z miejsc udzielania świadczeń wykazanych przez Odwołującego w ofercie.

W ocenie Odwołującego § 5 ust. 1 powyższego rozporządzenia „*odnosi się do warunków realizacji świadczeń. Warunki te oferent obowiązany jest spełniać w okresie związania ofertą, czyli począwszy od dnia jej złożenia do ostatniego dnia wykonywania umowy z NFZ. (...) Natomiast punkt drugi przepisu dotyczy warunków dodatkowych, tzw. rankingujących (...). Ustawodawca nie wskazał momentu czasowego, od którego warunek ma zostać spełniony.*”. Zdaniem Odwołującego „*warunki rankingujące muszą być spełnione najdalej w dniu rozpoczęcia wykonywania umowy z NFZ*”. Organ informuje, że załącznik nr 7 do *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.)*. określa wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert podlegających ocenie wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w kryteriach *Jakości, Kompleksowości, Dostępności i Ciągłości* w rodzaju leczenia stomatologiczne. Zgodnie ze wspomnianym § 5 powyższego rozporządzenia należy wskazać jednoznacznie, że oferent deklarujący spełnianie jakiegokolwiek warunku we wskazanych kryteriach jest obowiązany spełniać go w okresie związania ofertą, czyli od dnia jej złożenia w oddziale NFZ do dnia rozstrzygnięcia oraz przez cały okres obowiązywania i realizacji umowy. Ust. 2 § 5 powyższego rozporządzenia wskazuje, że warunki te powinny być spełnione dodatkowo, co oznacza, że żaden oferent nie otrzyma punktów dodatkowych za warunki wymagane określone w załączniku nr 1 do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. 2013.193 t.j.)*. Warunki wymagane, tj. takie które każdy oferent musiał spełnić nie są dodatkowo punktowane, są warunkiem koniecznym, by oferta mogła podlegać ocenie komisji konkursowej i nie podlegała odrzuceniu na podstawie art. 146 *Ustawy*. Odmienne interpretacje wskazanych przepisów jest nieuzasadniona. Nie jest też prawdą twierdzenie Odwołującego, że „*istniały podstawy do odmiennej interpretacji treści dokumentów w obliczu, tego że zgodnie z zapewnieniami pracowników MOW NFZ prowadzących szkolenie z zakresu przygotowania oferty na potrzeby kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia stomatologiczne, świadczeniodawca obowiązany był dysponować rzeczoną aplikacją na dzień rozpoczęcia wykonywania umowy, a nie na dzień złożenia oferty*”. Takie zapewnienia nie padły, wszyscy oferenci zostali poinformowani, że deklarując spełnianie danego warunku podlegającego ocenie w kryteriach *Jakości, Kompleksowości* czy *Dostępności* mają obowiązek go spełniać już w dniu złożenia oferty, przez cały czas związania ofertą oraz czas realizacji umowy. Organ wskazuje, że zarzuty

Odwołującego należy uznać za bezzasadne, nie doszło do naruszenia przepisów prawa w powyższym zakresie. Ponadto, Organ zauważa, że nawet w przypadku oceny ofert zgodnie z interpretacją Odwołującego, której Organ nie podziela, jego oferta nie zostałaby wybrana w rozstrzygnięciu postępowania do zawarcia umowy. Przyjęcie interpretacji Odwołującego skutkowałoby uzyskaniem przez Odwołującego 2,000 pkt więcej, ale jego pozycja w rankingu końcowym nie uległaby zmianie. W związku z powyższym należy wskazać, że interes prawny Odwołującego nie doznał uszczerbku i nie został naruszony.

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 jasno określonych kryteriów. Organ wskazuje, że zgodnie z art. 147 *Ustawy* kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców nie uległy zmianie w toku postępowania oraz były stosowane w sposób jednakowy wobec wszystkich świadczeniodawców. 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*.

Odwołujący w swoim odwołaniu „*wniósł na podstawie art. 73 § 1 k.p.a. o udostępnienie wszystkich akt postępowania, w tym obejmujących oferty uczestników postępowania, biorących udział w przedmiotowym konkursie ofert oraz wszystkie dokumenty sporządzone przez komisję konkursową*”. Organ w tym miejscu informuje, że Odwołujący, w toku postępowania odwoławczego, zapoznał się z ofertą wybranych oferentów, dokumentacją potwierdzającą prace komisji konkursowej oraz oceną poszczególnych ofert, a także liczbą punktów uzyskanych przez oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu, w poszczególnych kryteriach: *Jakości, Kompleksowości, Dostępności, Ciągłości i Ceny*, nie wnosząc żadnych uwag do przedłożonej dokumentacji.

Podkreślić należy, że Odwołujący został również zaproszony do negocjacji odnośnie każdego z miejsc udzielania świadczeń. 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. Organ wskazuje, że dopiero uzgodnienie końcowych stanowisk ze wszystkimi oferentami, zakwalifikowanymi do części niejawnego postępowania, stanowi podstawę do sporządzenia rankingu końcowego, którego to wyniki wprost przekładają się na ilość wybranych oferentów i stanowią podstawę do zawarcia umów. W rankingu końcowym oferty zostały uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji. 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.

Niemniej jednak, Odwołujący wniósł także o „*powtórzenie czynności obejmujących ocenę ofert i powtórzenie czynności wyboru ofert do zawarcia 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 znajduje się w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 24 sierpnia 2016 r. sygn. akt II SA/Bd 597/16.

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.

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 Fryźlewicz-Chrapisińska

Decyzje otrzymują:

1. Strony:
  - 1) Miejskie Centrum Stomatologii Podgórze Sp. z o.o., ul. Na Kozłowie 29, 30-644 Kraków - strona składająca odwołanie oraz strona wybrana do zawarcia umowy,
  - 2) NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska ERGOMED Sp. z o.o. sp. k., ul. Bonarka 16, 30-415 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 (t.j.: Dz.U. z 2017 r., poz. 1938 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 (.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).