

Kraków, dnia ...19 WRZ 2018...

znak: WOKS.II.424.2.2.2018

162 / HW

SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Josepha Conrada 79
31-357 Kraków
strona składająca odwołanie

Klinika Krakowska Spółka z ograniczoną
odpowiedzialnością
ul. Józefa Mehoffera 6
31-322 Kraków
strona wybrana do zawarcia umowy

Decyzja

z dnia ..19..09..2018

nr 61.AOS/2018

Dyrektora

Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie

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 2018 r., poz. 1510 ze zm.), zwanej 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 ze zm.) w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta: **SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, ul. Josepha Conrada 79, 31-357 Kraków – zwanego dalej „Odwołującym” – od rozstrzygnięcia postępowania nr **06-18-000885/AOS/02/3/02.0000.079.02/01** prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: **badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia**, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

oddala odwołanie.

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie nr 06-18-000885/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia, na okres od 1 września 2018 r. do 30 czerwca 2021 r. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 33 333,60 zł na okres rozliczeniowy od 1 września 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) wynoszącą: 1. W postępowaniu złożono 2 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 21 sierpnia 2018 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, co stanowi spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. 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 przez 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 ze zm)*. 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 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 Oddziału wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 *ustawy z dnia*

30 sierpnia 2002 roku Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j.: Dz.U. 2018, poz. 1302 ze zm.), jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę 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, umożliwiający 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 nie 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.).

Pismem z dnia 27 sierpnia 2018 roku (wpływ do MOW NFZ dnia 28 sierpnia 2018 roku) Oferent – SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, złożył odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 06-18-000885/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego - kolonoskopia.

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. SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Josepha Conrada 79, 31-357 Kraków, oraz świadczeniodawca, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: Klinika Krakowska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Józefa Mehoffera 6, 31-322 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 31 sierpnia 2018 roku, znak: WOKS.II.424.2.1.2018.154/MK, 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 stronom, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący zapoznał się z aktami sprawy w dniu 12 września 2018 roku.

W swoim odwołaniu Odwołujący podnosi: *„Komisja Konkursowa zadecydowała o wyborze realizatora badań endoskopowych przewodu pokarmowego – kolonoskopii w ten sposób, że na terenie województwa małopolskiego, a konkretnie – na obszarze miasta Krakowa i dzielnicy Krowodrza – dokonała wyboru Kliniki Krakowskiej Sp. z o.o., równocześnie, w ocenie ofert, nie przyznając punktów dodatkowych Stronie Odwołującej się, z tytułu partycypacji w Programie Badań Przesiewowych (PBP) raka jelita grubego Odwołującej, biorąc za podstawę takiej decyzji fakt, iż badania, w których uczestniczy Skopia Sp. z o.o. – nie są finansowane ze środków Ministerstwa Zdrowia, a tylko takie – zgodnie z ogłoszeniem o konkursie – były dodatkowo punktowane. W kontekście powyższego, wskazujemy, iż kryterium przyznawania dodatkowych punktów z tytułu realizacji badań przesiewowych finansowanych wyłącznie przez Ministerstwo Zdrowia – narusza zasadę równego traktowania oferentów, poprzez zaniechanie przyznania punktów dodatkowych w sytuacji, w której – zdaniem Strony Odwołującej się – winny być one przyznane. Zasada równego traktowania oferentów przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich oferentów, biorących udział w danym postępowaniu. Niedopuszczalne jest stosowanie kryteriów dyskryminujących, ocena ofert winna być zgodna z kryteriami. Ocena ofert – zasadę powyższą naruszyła. Gdyby bowiem przyjęć, że doświadczenie Oferenta ma się przejawiać w uczestnictwie w badaniach przesiewowych finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, jako kryterium wskazujących na dostępność – to doświadczenie to zostało wykazane poprzez partycypację w masowych badaniach przesiewowych, choć program badań przesiewowych realizowany przez Stronę Odwołującą się jest finansowanych ze środków unijnych, a nie przez Ministerstwo Zdrowia. (...) Innymi słowy – ustanowienie jako warunku przyznania dodatkowych punktów z tytułu partycypacji oferenta w programie badań przesiewowych, finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia i jednocześnie pominięcie w ocenie ofert tych samych okoliczności, jakie stoją za wykonywaniem programu ministerialnego, jest przejawem niczym nieuzasadnionego ograniczenia, kręgu podmiotów, zdolnych do wykonywania zamówienia, choć spełniających i zdolnych wykazać doświadczenie, które przejawia się w realizacji i bogatym doświadczeniu w wykonywaniu badań przesiewowych. (...) Interes prawny Strony Odwołującej się (jako*

strony postępowania – generalnie) wywodzi się z bezpośredniego wpływu tego postępowania (w tym wypadku – oceny oferty, bez uwzględnienia uczestnictwa w programie badań przesiewowych dla WUP) na sferę prawną Odwołującej się i naruszeniu normy art. 7 ust. 1 ustawy o zamówieniach publicznych oraz zasady równego traktowania i uczciwej konkurencji.”

Wobec powyższego Odwołujący wniósł o uwzględnienie odwołania i „powtórzenie kwestionowanych czynności, a to o ponowną ocenę ofert i weryfikację kwestionowanej decyzji”.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-18-000885/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 6 lipca 2018 roku na podstawie art. 139 ust. 2 *Ustawy* ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-18-000885/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: 1261011 – Kraków, 1261029 – Kraków-Krowodrza, na okres: od dnia 1 września 2018 roku do dnia 30 czerwca 2021 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 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 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 ze zm.),*
7. *Rozporządzenie 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.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna,*
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. SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Josepha Conrada 79, 31-357 Kraków;
2. Klinika Krakowska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Józefa Mchoffera 6, 31-322 Kraków.

W dniu 23 lipca 2018 r. 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 nicistnicniu 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 ofcrowanej liczby świadczeń oraz wymagań zawartych w szczegółowych materiałach informacyjnych.

W części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wezwała do usunięcia braków formalnych jednego oferenta, który uzupełnił je w wyznaczonym terminie.

Do dalszej części postępowania – części niejawnej - zostało zakwalifikowanych 2 oferentów, w tym Odwołujący.

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 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 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 niejawnej 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 oferentów, negocjacjach oraz sporządzonym rankingu końcowym komisja konkursowa dokonała w rozstrzygnięciu wyboru oferty, o najwyższej łącznej ocenie punktowej.

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 21 sierpnia 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.

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
Klinika Krakowska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	10,000	23,000	0,000	7,000	0,000	0,000	30,000	40,000	stanowiska zbiczne	TAK
SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	10,000	20,00	0,000	5,000	0,000	0,000	25,000	35,000	stanowiska zbiczne	NIE

Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu podlegały tym samym zasadom i jednolitym kryteriom oceny. Ostatecznie ocena oferty była generowana przez system informatyczny wspomagający pracę komisji konkursowej, co gwarantowało zachowanie obiektywizmu w stosunku do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Poniżej Organ przedstawia tabele obrazujące ocenę ofert poszczególnych Stron postępowania.

Punkty przyznane za odpowiedzi ankietowe – SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY	
1.1.1.1	AOS_W Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego.	0,0000
1.1.2	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW	
1.1.2.1	ASDK_2 Realizacja umowy:	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	ASDK_2 Lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii:	15,0000
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	

1.2.2.1	AOS_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie:	0,0000
1.2.2.2	AOS_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie:	0,0000
1.2.2.3	AOS_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.4	AOS_W Nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
1.2.2.5	AOS_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.6	AOS_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.7	AOS_W Niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.8	AOS_W Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	AOS_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.10	AOS_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.11	AOS_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	AOS_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3	REALIZACJA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ	
1.2.3.1	ASDK_2 Realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, 300 kolonoskopii z polipektomią - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń.	0,0000
1.2.3.2	ASDK_2 Realizacja umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.	0,0000
1.2.4	POZOSTAŁE WARUNKI	
1.2.4.1	AOS_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	2,0000
1.2.4.2	AOS_W Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych.	0,0000

1.2.4.3	AOS_W Świadczeniodawca prowadzi historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.	3,0000
1.3	DOSTĘPNOŚĆ	
1.3.1	ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	
1.3.1.1	AOS_W Odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady.	0,0000
1.3.2	DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY	
1.3.2.1	AOS_W Czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi:	4,0000
1.3.2.2	AOS_W Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń.	1,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1.1	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń.	0,0000
1.4.1.2	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:	0,0000
1.5	_WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1.1	W OKRESIE ZWIĄZANIA OFERTĄ ORAZ PRZEZ CAŁY OKRES REALIZACJI UMOWY OFERENT SPEŁNIA I BĘDZIE SPEŁNIAŁ WYMAGANIA OKREŚLONE W ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKRESIE BĘDĄCYM PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA ORAZ W ZARZĄDZENIU PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA.	0,0000
1.6	INNE	
1.6.1	INNE	
1.6.1.1	AOS_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000
1.6.1.2	AOS_W Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	0,0000

Punkty przyznane za odpowiedzi ankietowe – Klinika Krakowska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością:

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY	
1.1.1.1	AOS_W Realizacja świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców, z wyłączeniem laboratoryjnej diagnostyki medycznej i mikrobiologicznych badań laboratoryjnych oraz świadczeń diagnostyki onkologicznej, o których mowa w § 6a ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ambulatoryjnego.	0,0000
1.1.2	ZAPEWNIENIE BADAŃ I ZABIEGÓW	
1.1.2.1	ASDK_2 Realizacja umowy:	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	ASDK_2 Lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii:	20,0000
1.2.2	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.2.1	AOS_W Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie:	0,0000
1.2.2.2	AOS_W Udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie:	0,0000
1.2.2.3	AOS_W Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.4	AOS_W Nieprzekazanie w terminie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, co najmniej za cztery okresy sprawozdawcze (tygodniowe) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty, lub przekazanie informacji niezgodnych ze stanem faktycznym.	0,0000
1.2.2.5	AOS_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.6	AOS_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.7	AOS_W Niezasadne ordynowanie leków, wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.8	AOS_W Udzielanie świadczeń w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.2.9	AOS_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.10	AOS_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.11	AOS_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	AOS_W Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3	REALIZACJA WYBRANYCH ŚWIADCZEŃ	
1.2.3.1	ASDK_2 Realizacja w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, w ramach umowy, 300 kolonoskopii z polipektomią - potwierdzona sprawozdawczością z wykonanych świadczeń.	0,0000
1.2.3.2	ASDK_2 Realizacja umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, finansowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia.	0,0000
1.2.4	POZOSTAŁE WARUNKI -	
1.2.4.1	AOS_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	0,0000
1.2.4.2	AOS_W Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub dokument potwierdzający akredytację systemu teleinformatycznego wydany zgodnie z przepisami ustawy o ochronie informacji niejawnych.	0,0000
1.2.4.3	AOS_W Świadczeniodawca prowadzi historię zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta oraz wystawia recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku.	3,0000
1.3	DOSTĘPNOŚĆ	
1.3.1	ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	
1.3.1.1	AOS_W Odrębna aplikacja służąca realizacji obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu porady.	2,0000
1.3.2	DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY	
1.3.2.1	AOS_W Czas pracy lekarza (lekarzy) w poradni w tygodniu wynosi:	4,0000
1.3.2.2	AOS_W Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych - w miejscu udzielania świadczeń.	1,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1.1	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach miejsca udzielania świadczeń.	0,0000

1.4.1.2	AOS_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:	0,0000
1.5	_WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1.1	W OKRESIE ZWIĄZANIA OFERTĄ ORAZ PRZEZ CAŁY OKRES REALIZACJI UMOWY OFERENT SPEŁNIA I BĘDZIE SPEŁNIAŁ WYMAGANIA OKREŚLONE W ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKRESIE BĘDĄCYM PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA ORAZ W ZARZĄDZENIU PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA.	0,0000
1.6	INNE	
1.6.1	INNE	
1.6.1.1	AOS_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	0,0000
1.6.1.2	AOS_W Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95d ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach - dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r., lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.	0,0000

Odnosząc się bezpośrednio do zarzutu podniesionego w odwołaniu z dnia 27 sierpnia 2018 r., dotyczącego nie przyznania punktów dodatkowych za realizację Programu Badań Przesiewowych (PBP) raka jelita grubego, Organ dokonał następujących ustaleń.

W ofercie złożonej w postępowaniu nr 06-18-000885/AOS/02/3/02.0000.079.02/01 na pytanie ankietowe nr 1.2.3.2 o treści: „Realizacja umowy dotyczącej Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia” Odwołujący udzielił odpowiedzi „TAK”.

Do oferty załączone zostało także oświadczenie Oferenta z dnia 19 lipca 2018 r., dotyczące udzielonej odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.2.3.2, o następującej treści: „udzieliliśmy odpowiedzi „TAK”, ze względu na realizowaną umowę z WUP na realizację projektu: RPMP.08.06.02-JP.02-12—058/16 pn „Realizacja programu szkoleniowego uświadamiającego oraz badań profilaktycznych w zakresie raka jelita grubego wśród mieszkańców małopolski, ze szczególnym uwzględnieniem terenów, tzw. Białych plam, spełniających kryteria dostępu z Ministerstwa Zdrowia” w ramach Działania 8.6.2. Programy zdrowotne będącym kontynuacją Programu Badań Przesiewowych

realizowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Ilość badań kolonoskopowych w projekcie: 3200. W przypadku nieuwzględnienia naszego wyjaśnienia prosimy o zmianę odpowiedzi na „NIE” w przedmiotowym pytaniu ankietowym.” W następstwie niniejszych okoliczności Komisja Konkursowa wystosowała pismo z dnia 25 lipca 2018 roku, w którym poinformowała, iż w opinii Komisji Konkursowej ww. program profilaktyczny nie uprawnia oferenta do udzielenia odpowiedzi „TAK”. Odwołujący, w odpowiedzi na powyższe, przestał wyjaśnienia z dnia 26 lipca 2018 r. w których, to ostatecznie, do decyzji Komisji Konkursowej pozostawił zamianę odpowiedzi ankietowej zwracając się jednocześnie „z prośbą o ponowne ustosunkowanie się do naszych wyjaśnień dotyczących realizacji programu profilaktycznego i uznanie naszej odpowiedzi „TAK”. Formalnie, realizujemy przedmiotowy program jako podwykonawca dla Wojewódzkiego Urzędu Pracy. Program jest finansowany ze środków publicznych pozostających w gestii Ministra Zdrowia, a nadzór nad realizacją projektu sprawuje podmiot publiczny – Wojewódzki Urząd Pracy. Dane medyczne są przekazywane do Ministerstwa Zdrowia, tak samo jak w Programie Badań Przesiewowych Raka Jelita Grubego. Decyzję odnośnie uznania odpowiedzi „TAK” pozostawiamy w gestii Komisji Konkursowej. W przypadku decyzji negatywnej, prosimy o zmianę odpowiedzi na „NIE”. Pismem z dnia 31 lipca 2018 roku Komisja Konkursowa poinformowała oferenta o zmianie odpowiedzi ankietowej na „NIE”.

W tym miejscu należy zauważyć, że pytanie ankietowe nr 1.2.3.2 jest pytaniem rankingującym, czyli takim, za które oferenci otrzymują punkty dodatkowe i nie mieści się w kategorii warunków, których niespełnienie stanowi podstawę do odrzucenia oferty na podstawie art. 149 Ustawy. Warunek ten został określony przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2016, poz. 1372 z zm.) w załączniku nr 2, tabela nr 3 pkt 2, który stanowi „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna”. Warunek ten jednoznacznie wskazuje, iż dodatkowe punkty za jego spełnienie może otrzymać oferent, który realizuje umowę dotyczącą Programu badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych, zawiązując jednocześnie krąg oferentów, którzy mogą otrzymać punkty z tego tytułu, tylko do przypadków, gdy program jest finansowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Kryteria określone przez w/w rozporządzenie Ministra Zdrowia to kryteria o charakterze obiektywnym i według nich, oceniane były wszystkie oferty złożone w postępowaniu konkursowym. Dokonując oceny ofert Komisja Konkursowa nie może stosować, kryteriów dodatkowych nie wskazanych w obowiązujących przepisach.

W przedmiotowej sprawie Komisja Konkursowa ustaliła, iż realizowany przez Odwołującego program profilaktyczny nie jest programem finansowanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia i wobec tego słusznie zmieniła odpowiedź ankietową Odwołującego, co w konsekwencji spowodowało, iż Odwołujący nie uzyskał punktów z tego tytułu. Odwołujący nie wykazał, iż posiada umowę

na realizację przedmiotowego programu z Ministrem Zdrowia reprezentującym Skarb Państwa, które to umowy przedkładane były w innych postępowaniach prowadzonych w zakresie: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia, przez oferentów, którzy na tej podstawie otrzymywali punkty. W tym miejscu należy zauważyć, iż sam Odwołujący miał wątpliwości co do zasadności przyznania mu punktów z tego tytułu, co potwierdza oświadczenie Odwołującego z dnia 19 lipca 2018 r, jak również pismo odwołującego z dnia 26 lipca 2018 r. Ponadto zaznaczyć należy, że Oferent wybrany w rozstrzygnięciu postępowania także nie dostał punktów za ten warunek, ponieważ też go nie spełniał, co potwierdza, iż Komisja Konkursowa stosowała zasadę równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Komisja Konkursowa zobligowana jest stosować w trakcie postępowania konkursowego przepisy, które obowiązują w dniu ogłoszenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie jest uprawniona do uznaniowej oceny ofert, w tym uznaniowego przyznawania punktów za odpowiedzi na pytania ankietowe. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia jednoznacznie wskazują, iż dodatkowo punktowany program badań przesiewowych winien być finansowany przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Przyznanie dodatkowych punktów przy niespełnieniu tego warunku stanowiłoby nieuprawnione działanie Komisji Konkursowej i naruszałoby zarówno zasadę równego traktowania świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak i zasadę prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Wobec powyższego za bezzasadny należy uznać zarzut Odwołującego: *„kryterium przyznawania dodatkowych punktów z tytułu realizacji badań przesiewowych finansowanych wyłącznie przez Ministerstwo Zdrowia – narusza zasadę równego traktowania oferentów”*, bowiem to właśnie przyznanie dodatkowych punktów Oferentowi, w sytuacji, gdy nie spełnia warunku, jasno określonego w obowiązujących przepisach, naruszałoby tę zasadę.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 i 2 *Ustawy* postępowanie konkursowe prowadzone było z zachowaniem zasady równego traktowania wszystkich Oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Uczestnikom konkursu zostały podane w ogłoszeniu postępowania konkursowego akty prawne, które określały zarówno wymagania stawiane oferentom jak i kryteria oceny ofert. Ocena ofert odbywała się na podstawie kryteriów, które w toku postępowania były niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów. Wszyscy uczestnicy konkursu składali ofertę udzielając odpowiedzi na te same pytania. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem omawianej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów

wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w rozpoznawanej sprawie nie nastąpiła. W ogłoszonym konkursie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązywały te same wymagania w stosunku do wszystkich biorących udział w konkursie świadczeniodawców i tożsame kryteria oceny. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz nie dokonano ich zmian w toku postępowania.

Odnośnie zarzutu naruszenia „normy art. 7 ust. 1 ustawy o zamówieniach publicznych” wskazać należy, iż zgodnie z art. 138 *Ustawy* do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

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

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

p.o. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Teresa Biela

Decyzje otrzymują:

- 1) SKOPIA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Josepha Conrada 79, 31-357 Kraków, strona składająca odwołanie;
- 2) Klinika Krakowska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Józefa Mehoffera 6, 31-322 Kraków- strona wybrana do zawarcia umowy;
- 3) *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 2018 r., poz. 1510 z 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 ma prawo ubiegania się o

przyznanie prawa pomocy zgodnie z art. 243 i n. ustawy Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi, 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. Z dniem doręczenia organowi administracji publicznej oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna (Art. 127a. § 1 i § 2 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).