

Decyzja

z dnia ...⁵... października 2018 roku

nr ...⁶⁹.../REH/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 2018 r., poz. 1510 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), dalej jako „KPA”, w związku z odwołaniem złożonym przez Oferenta Centrum Zdrowia Tuchów spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów – zwanego dalej „Odwołującym” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-18-000846/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,

oddala odwołanie.

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, zwany dalej „Dyrektorem MOW NFZ”, działając na podstawie art. 139 ust. 1 Ustawy,

ogłosił postępowanie 06-18-000846/REH/05/1/05.1310.209.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku. W w/w ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 36 720, 00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 października 2018 roku do dnia 31 grudnia 2018 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 1.

W postępowaniu złożono 2 oferty. W myśl art. 151 ust. 1 Ustawy, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 7 września 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 *KPA*. 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 2018 r. poz. 1302), 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 wyłącznie 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. ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks Cywilny (Dz.U. z 2018 r. poz. 1025), zwanej dalej „*KC*”.

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 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 również 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. Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń

opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie działając zgodnie z art. 61 § 4 w zw. z art. 61 § 1 KPA oraz w oparciu o art. 154 ust. 6a w zw. z art. 154 ust. 1 Ustawy, pismem z dnia 19 września 2018 roku znak: WOKSI.422.25.2018 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.

Odwołujący oraz podmiot wybrany do zawarcia umowy nie skorzystali z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-18-000846/REH/05/1/05.1310.209.02/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 5 lipca 2018 roku na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-18-000846/REH/05/1/05.1310.209.02/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie: fizjoterapia domowa, na okres od dnia 1 października 2018 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku na obszarze: 1216064 Ryglice 1216065 Ryglice 1216072 Rzepiennik Strzyżewski 1216082 Skrzyszów 1216104 Tuchów, 1216105 Tuchów, 1216162 Szerzyny.

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 2018 r., poz. 1510 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 zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2013 r. poz. 1522 ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką ze zm.,*
10. *Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.*

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

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 2 oferty. Oferentami byli:

- 1) Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. , ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów,
- 2) NZOZ "PALMED" Centrum Opiekuńczo-Lecznicze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa, Jastrzębia 174, 33-191 Jastrzębia.

W dniu 23 lipca 2018 roku komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o ww. numerze, stwierdzając 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 części jawnej komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert. W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wezwała 1 oferenta NZOZ "PALMED" Centrum Opiekuńczo-Lecznicze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa, Jastrzębia 174, 33-191 Jastrzębia do usunięcia braków formalnych. Wszystkie braki zostały uzupełnione w terminie.

W toku postępowania komisja konkursowa przeprowadziła badanie ofert, w tym oferty Odwołującego się i ustaliła, że złożona oferta spełnia warunki wymagane od świadczeniodawców. Komisja konkursowa nie kwestionowała faktu spełniania warunków wymaganych zarówno co do posiadanego sprzętu jak i personelu udzielającego świadczeń. Zdaniem Organu ocena ofert, w tym oferty Odwołującego się odbywała się poprzez określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste.

Komisja konkursowa nie była zobowiązana do przeprowadzenia wizytacji miejsca udzielania świadczeń u oferentów biorących udział w postępowaniu, ponieważ zgodnie z § 17 ust. 2 Rozporządzenia *Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U z 2014 r., poz. 1980 ze zm.)* komisja może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa. Przepis ten formułuje zatem uprawnienie, a nie obowiązek, komisji konkursowej do przeprowadzenia kontroli. Jednocześnie - na etapie konkursu - w ocenie komisji nie zaistniały przesłanki, które uzasadniałyby skierowanie wizytacji do wszystkich oferentów biorących udział w tym postępowaniu.

Komisja konkursowa rozstrzygając postępowanie w trybie konkursu ofert, bierze pod uwagę potencjał wykonawczy świadczeniodawcy, czyli zasoby będące w jego dyspozycji służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz posiadany sprzęt.

Komisja konkursowa potwierdzała prawdziwość odpowiedzi ankietowych oferentów m.in. poprzez wezwanie oferentów do przekazania dokumentów potwierdzających dane, uprawnienia zawodowe, wskazane kompetencje, doświadczenie, harmonogramu udzielania świadczeń oraz harmonogramu pracy personelu lub jego dostępności godzinowej. Oferenci także udokumentowali gotowość udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w ofercie. Jednocześnie Organ informuje, że ocena kwalifikacji, jak i przedstawionych harmonogramów wykazanego w ofercie personelu jest jednym

z zadań komisji konkursowej i w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek nieprawidłowości oferenci wzywani byli do szczegółowych wyjaśnień.

Ponadto na podstawie zastrzeżenia zawartego w § 17 ust. 5 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy* (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm.) komisja konkursowa zawnioskowała do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie o odstąpienie od procedury przeprowadzenia weryfikacji u oferentów w miejscu udzielania świadczeń, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta. Dyrektor Małopolskiego NFZ w Krakowie wyraził zgodę na odstąpienie od ww. obowiązku w odniesieniu do uczestników postępowania nr 06-18-000871/REH/05/1/05.1310.209.02/01 w zakresie fizjoterapia domowa, ponieważ przedmiot postępowania (05.1310.209.02 – fizjoterapia domowa) stanowi nowy zakres świadczeń dla oferentów i co do zasady podlegają weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń. Wskazać natomiast należy, że zakres fizjoterapia domowa, realizowany jest w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Organ informuje, iż na wniosek komisji konkursowej Dyrektor MOW NFZ w dniu 27 lipca 2018 roku wyraził zgodę na odstąpienie od procedury weryfikacji oferentów w przedmiotowym postępowaniu. Jednocześnie poinformował o tym fakcie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie.

Komisja konkursowa w celu bezsprzecznego potwierdzenia i udokumentowania prawidłowości udzielonych odpowiedzi w części VIII formularza ofertowego na dzień złożenia oferty wezwała wszystkich oferentów, poprzez: opis umiejscowienia pomieszczenia biurowego z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem, pomieszczenia magazynowego na leki i sprzęt medyczny w strukturach fizjoterapii domowej, ze wskazaniem nr pomieszczeń lub planów, oraz dodatkowo dokumentację fotograficzną wskazanych pomieszczeń. W odniesieniu do pozycji sprzętowych wymaganych do realizacji przedmiotowego świadczenia, komisja konkursowa wezwała do przesłania kserokopii, potwierdzonych za zgodność z oryginałem, paszportów technicznych z uwidoczniony numerem seryjnym sprzętu wraz z aktualnymi przeglądami oraz dokumentów potwierdzających posiadanie zasobów na dzień złożenia oferty (m.in. faktury zakupu).

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 rehabilitacji leczniczej* (Dz. U. 2013 r. poz. 1522 ze zm.),

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

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

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

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

Komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego dokonała oceny ofert w oparciu o przedstawione w nich dane. Po analizie złożonej dokumentacji, wyjaśnieniach, przeprowadzonych weryfikacjach oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu 1 ofertę, o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.: NZOZ "PALMED" Centrum Opiekuńczo-Lecznicze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa, Jastrzębia 174, 33-191 Jastrzębia, która 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.

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	ciągłość	kompleksowość	jakość	dostępność	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
NZOZ "PALMED" Centrum Opiekunczo-Lecznicze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa Lubcza 460, Ryglice	8,922	0,000	3,000	66,000	4,000	0,000	73,000	81,922	zbieżne ostateczne	TAK
Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o. ul. Tarnowska 34 Tuchów	9,902	0,000	3,000	37,000	4,000	0,000	44,000	53,902	zbieżne ostateczne	NIE

**Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 311c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.*

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.

Poniżej przedstawiono w postaci tabeli liczbę punktów przyznanych poszczególnym Stronom postępowania za każde pytanie ankietowe z osobna, uwzględniając stan faktyczny wynikający z oferty oraz treść wyjaśnień udzielonych przez Oferentów w toku postępowania w tym przedmiocie.

Nazwa Świadczeniodawcy	Centrum Zdrowia Tuchów Sp. z o.o.
Miasto	Tuchów
Ulica	Tarnowska 34

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
-----	---------	-------------------------------

1.1 KOMPLEKSOWOŚĆ

1.1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY

1.1.1.1	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym.	3,0000
1.1.1.2	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej.	0,0000
1.2 JAKOŚĆ		
1.2.1 PERSONEL		
1.2.1.1	Magister fizjoterapii - co najmniej 50 % zatrudnionych fizjoterapeutów.	21,0000
1.2.1.2	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	0,0000
1.2.1.3	Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.	5,0000
1.2.1.4	Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	5,0000
1.2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI		
1.2.2.1	Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.2	Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.3	Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.4	Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.	0,0000
1.2.2.5	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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
1.2.2.6	Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.2.7	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.2.8	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.2.10	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.11	Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.13	Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.2.14	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA		
1.2.3.1	Przenośny stół do terapii	3,0000

1.2.4 POZOSTAŁE WARUNKI

1.2.4.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	0,0000
1.2.4.2	Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	0,0000
1.2.4.3	Prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	3,0000

1.3 DOSTĘPNOŚĆ**1.3.1 DOSTĘPNOŚĆ**

1.3.1.1	Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,0000
---------	--	--------

1.3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

1.3.2.1	Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 bez przerwy.	3,0000
---------	--	--------

1.4 CIĄGŁOŚĆ**1.4.1 CIĄGŁOŚĆ**

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	0,0000
1.4.1.2	Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	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	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
---------	---	--------

Nazwa Świadczeniodawcy

NZOZ "PALMED" Centrum Opiekuńczo-Lecznicze Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp.k.

Miasto

Lubcza

Ulica

460

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
-----	---------	-------------------------------

1.1 KOMPLEKSOWOŚĆ**1.1.1 SPOSÓB WYKONYWANIA UMOWY**

1.1.1.1	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji w ośrodku lub oddziale dziennym.	3,0000
1.1.1.2	Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach rehabilitacji stacjonarnej.	0,0000

1.2 JAKOŚĆ

1.2.1 PERSONEL

1.2.1.1	Magister fizjoterapii - co najmniej 50 % zatrudnionych fizjoterapeutów.	21,0000
1.2.1.2	Specjalista w dziedzinie fizjoterapii - równoważnik co najmniej 1/2 etatu.	26,0000
1.2.1.3	Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu.	5,0000
1.2.1.4	Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej.	5,0000

1.2.2 WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI

1.2.2.1	Udzielenie świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.2	Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.3	Braki w sprzęcie i wyposażeniu wykazanym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.4	Nieprzekazanie wymaganych informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, co najmniej za dwa okresy sprawozdawcze (miesięcznie) w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty.	0,0000
1.2.2.5	Nieprzekazanie wymaganych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, 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
1.2.2.6	Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	0,0000
1.2.2.7	Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	0,0000
1.2.2.8	Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.9	Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w miejscach udzielania świadczeń nieobjętych umową.	0,0000
1.2.2.10	Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli.	0,0000
1.2.2.11	Udaremnienie lub utrudnianie kontroli.	0,0000
1.2.2.12	Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	0,0000
1.2.2.13	Co najmniej 10% świadczeń po raz pierwszy przekazanych do rozliczenia po upływie ostatniego okresu rozliczeniowego.	0,0000
1.2.2.14	Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli.	0,0000

1.2.3 SPRZĘT, APARATURA MEDYCZNA, POMIESZCZENIA

1.2.3.1	Przenośny stół do terapii	3,0000
---------	---------------------------	--------

1.2.4 POZOSTAŁE WARUNKI

1.2.4.1	Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	1,5000
1.2.4.2	Certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.	1,5000
1.2.4.3	Prowadzenie historii choroby lub historii zdrowia i choroby w postaci elektronicznej, w sposób, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta, oraz wystawianie recepty i skierowania co najmniej przez nanoszenie danych za pomocą wydruku	3,0000

1.3 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1 DOSTĘPNOŚĆ

1.3.1.1	Odrębna aplikacja służąca wykonaniu obowiązku zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców drogą elektroniczną, ze zwrotnym automatycznym wskazaniem terminu.	1,0000
---------	--	--------

1.3.2 DOSTĘPNOŚĆ HARMONOGRAM PRACY

1.3.2.1	Czas pracy zespołu rehabilitacji domowej - nie mniej niż 5 dni w tygodniu, co najmniej 10 godzin dziennie, w godzinach od 8:00 do 18:00 bez przerwy.	3,0000
---------	--	--------

1.4 CIĄGŁOŚĆ

1.4.1 CIĄGŁOŚĆ

1.4.1.1	W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców	0,0000
1.4.1.2	Rozliczenie na rzecz świadczeniobiorców do 18. roku życia w okresie 12 miesięcy poprzedzającym o 2 miesiące miesiąc obejmujący termin złożenia oferty	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	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
---------	---	--------

Oferta Odwołującego uplasowała się w rankingu końcowym na 2 miejscu, a do zawarcia umowy wybrano 1 oferenta posiadającego 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.”

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 7 września 2018 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu, pismem z dnia 11 września 2018 roku (wpływ do MOW NFZ dniu 18 września br.) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący w swym odwołaniu wskazał, że „rozstrzygnięcie konkursu ofert narusza:

- 1) przepisy u.ś.o.z. o szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy),
- 2) przepisy u.ś.o.z. o ocenie ofert (art. 148 ust. 1) oraz o wyborze ofert (art. 142 ust. 5);
- 3) 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 w art. 134 ust. 1 u.ś.o.z.;
- 4) postanowienia załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j.: Dz.U. 2018.465 z późno zm.);

poprzez:

nieocenie oferty Świadczeniodawcy i innych świadczeniodawców we wszystkich ustawowych kryteriach ewaluacji, potraktowanie innych oferentów będących w tej samej sytuacji prawnej co Spółka w sposób bardziej korzystny niż Spółkę, tj. naruszenie zasady 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; a w konsekwencji zawyżenie oceny punktowej innych ofert i uniemożliwienie Spółce zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym wniósł o uwzględnienie odwołania, oraz powtórzenie czynności obejmujących ocenę ofert i powtórzenie czynności wyboru oferty do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki. W uzasadnieniu odwołania Odwołujący wskazał również że „W ocenie Spółki zachodzi wysokie prawdopodobieństwo podania nieprawdziwych danych w ofertach innych uczestników postępowania, co wprost rzutuje na wynik tego konkursu ofert, pozycję prawną Spółki i jej prawo do skutecznego ubiegania się o zawarcie umowy (...) Wobec tego Spółka wnosi o uchylenie decyzji o rozstrzygnięciu konkursu ofert o kodzie 06-18-000871/REHj05/1/05.1310.209.02/01, dokonanie ponownego sprawdzenia przyznanych Spółce punktów, jak też punktów przydzielonych pozostałym uczestnikom postępowania, a w konsekwencji powtórzenie z udziałem Spółki czynności związanych z negocjacjami oraz wyborem ofert do zawarcia umowy. Dalej Odwołujący podniósł że „na podstawie art. 73 § 1 k.p.a. wnoszę o udostępnienie Spółce wszystkich akt postępowania, w tym obejmujących oferty wszystkich uczestników postępowania, biorących udział w przedmiotowym konkursie ofert oraz

wszystkie dokumenty sporządzone przez Komisję konkursową przeprowadzającą ten konkurs ofert. Wgląd do akt postępowania jest konieczny dla ustalenia dalszych ewentualnych błędów, w zakresie oceny poszczególnych ofert, co bezpośrednio rzutuje na pozycję oferty Spółki w rankingu końcowym, a tym samym ma bezpośredni wpływ na prawo ubiegania się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kontraktowanej w spornym postępowaniu. Po dokonany przeglądzie akt postępowania odwoławczego Spółka przedstawi ewentualne dalsze zarzuty i twierdzenia”.

Odnosząc się do zarzutów Odwołującego Organ wskazuje, że oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz wymogi merytoryczne. Przechodząc do merytorycznej oceny postawionych zarzutów w pierwszej kolejności należy odnieść się do naruszenia zasady równego traktowania świadczeniodawców. Jak wyjaśniono wyżej zasady te wyrażają się w tym, że Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Na przedmiotowy konkurs ofert złożono ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umów, wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Oferta Odwołującego uplasowała się w rankingu końcowym na 2 pozycji, uzyskując łączną ocenę: 53,901 punktów, natomiast oferent wybrany do zawarcia umowy uzyskał 81,992 punktów.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 134 ust. 1 Ustawy w ocenie Organu, nie została naruszona zasada równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszystkie oferty, w tym również skarżącej, ocenione zostały według jednolitych kryteriów i zasad ustalonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia. Stosownie do art. 147 Ustawy, kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i - wbrew twierdzeniu Odwołującego - nie podlegały zmianie w toku postępowania. Ponadto, oferty porównane zostały zgodnie z kryteriami określonymi w art. 148 Ustawy. Na podstawie tak przeprowadzonej oceny ustalono natomiast punktację mającą wpływ na miejsce danego oferenta w rankingu.

Wszystkie oferty zostały poddane tym samym kryteriom oceny w celu zachowania uczciwej konkurencji. 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. Organ wskazuje, że jak wynika z dokumentacji niniejszej sprawy, wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach. W ogłoszeniu o postępowaniu poinformowano

świadczeniodawców, że materiały informacyjne dotyczące przedmiotowego postępowania są dostępne w siedzibie Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie oraz na stronie internetowej.

Należy przypomnieć, 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 jak to miało miejsce w przedmiotowym postępowaniu.

Wszyscy oferenci byli jednakowo informowani o jego zasadach na zasadzie równego traktowania, a interes prawny Odwołującego nie został w tym zakresie w żaden sposób naruszony. Wszystko to służy nadrzędemu 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.

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. Oferta Odwołującego została oceniona w oparciu o potencjał i zasoby wykazane w formularzu ofertowym oraz na podstawie odpowiedzi udzielonych przez Odwołującego w części VIII formularza ofertowego Ankiety.

Należy również wskazać, że Odwołujący wraz z protokołem negocjacji otrzymał załącznik nr 1 do protokołu negocjacji, który stanowił wykaz wszystkich udzielonych przez niego odpowiedzi ankietowych, wraz z uzyskaną punktacją. Odwołujący potwierdził, że zapoznał się z jego treścią, nie

wniósł do niego żadnych uwag, nie złożył także protestu na czynności komisji konkursowej dot. oceny jego oferty, dlatego zdaniem Organu niezrozumiałą jest zarzut „nieocenie oferty Świadczeniodawcy i innych świadczeniodawców we wszystkich ustawowych kryteriach ewaluacji”.

Odnosząc się do zarzutu „nieprawdziwych informacji” Organ podkreśla, że Odwołujący nie wskazał żadnego przykład na czym miałyby polegać te „nieprawdziwe informacje” należy tym samym uznać ten zarzut jako bezzasadny.

Za nieusprawiedliwiony należy uznać zarzut nieudostępnienia dokumentacji postępowania, Organ przypomina, że zgodnie utrwalonym orzecznictwem odwołanie składane na podstawie art. 154 ust. 1 Ustawy dotyczące rozstrzygnięcia postępowania przez komisję, otwiera postępowanie administracyjne, do którego zastosowanie mają przepisy k.p.a, w zakresie nie wyłączonym przez przepisy Ustawy. Dopiero wtedy stronie przysługują uprawnienia określone w art. 10 k.p.a - *Zasada czynnego udziału strony w postępowaniu*, o której został poinformowany pismem z dnia 19 września 2018 r. ale oświadczył, że nie zamierza skorzystać z tego uprawnienia.

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.

Organ zaznacza, że w przedmiotowym postępowaniu wszystkie oferty zostały poddane szczegółowej analizie i wskazuje, że postępowanie komisji konkursowej było prawidłowe, a w toku niniejszego postępowania odwoławczego nie ma możliwości dokonania ponownej oceny złożonych ofert, 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.

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. W toku postępowania były one niezmiennie i w równym stopniu jawne dla wszystkich oferentów.

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.

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.

Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Agnieszka Pietroszewska-Macheta

Otrzymują:

1. Strony:
 - a. CENTRUM ZDROWIA TUCHÓW Sp. z o.o. ul. Szpitalna 1, 33-170 Tuchów - strona składająca odwołanie
 - b. NZOZ "PALMED" Centrum Opiekunczo-Lecznicze spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa, Jastrzębia 174, 33-191 Jastrzębia - strona wybrana do zawarcia umowy
2. Organ aa.

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 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31 – 056 Kraków w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej decyzji. Od decyzji Dyrektora Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługiwać będzie środek zaskarżenia do sądu administracyjnego.

Zgodnie z art. 52 § 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1302,) 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).