

Decyzja

z dnia 22 kwietnia 2020 roku

nr 2/PDT/2020

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 2019 r., poz. 1373 ze zm.) zwaną dalej „*Ustawą*” oraz art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j.: Dz.U. z 2020 r. poz. 256) w związku odwołaniem złożonym przez oferenta FALCK MEDYCYNĄ Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa – zwanego dalej „*Odwołującym*” – od rozstrzygnięcia postępowania nr 06-20-000024/PDT/17/1/17.9250.031.08/01 prowadzonego w trybie konkursu ofert w rodzaju świadczeń: pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego, Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie:

- 1. oddala odwołanie,**
- 2. nadaje decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.**

UZASADNIENIE

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie, działając na podstawie art. 139 ust. 1 *Ustawy*, ogłosił postępowanie nr 06-20-000024/PDT/17/1/17.9250.031.08/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń: pomoc doraźna i transport sanitarny w

zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego na okres od dnia 1 kwietnia 2020 roku do dnia 31 marca 2023 roku. W ww. ogłoszeniu podano wartość zamówienia na kwotę nie większą niż 852 500,00 zł na okres rozliczeniowy przypadający od dnia 1 kwietnia 2020 roku do dnia 31 grudnia 2020 roku oraz maksymalną liczbę umów (tj. maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń) w wymiarze: 1. W postępowaniu złożono 5 ofert. W myśl art. 151 ust. 1 *Ustawy*, rozstrzygnięcie postępowania nastąpiło w dniu 21 lutego 2020 roku. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie. Stanowi to spełnienie dyspozycji zawartej w art. 151 ust. 2 *Ustawy*, który mówi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 152 ust. 1 *Ustawy*, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 *Ustawy*. W myśl art. 154 ust. 1 i 2 *Ustawy* świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W wyniku wniesienia odwołania Dyrektor MOW NFZ zawiadamia Oferenta - Odwołującego się o możliwości zapoznania się z materiałami dotyczącymi przedmiotowego postępowania i możliwości wypowiedzenia się przed wydaniem decyzji zgodnie z zapisami art. 10 § 1 *ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 256) zwaną w dalszej części „*k.p.a.*”. Po zapoznaniu się z materiałami przez Oferenta i rozpatrzeniu odwołania, Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Decyzja jest zamieszczana w terminie 2 dni od dnia jej wydania, na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu świadczeniodawcy przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Od decyzji Dyrektora Narodowego Funduszu Zdrowia wydanej na skutek ponownego rozpatrzenia sprawy przysługuje środek zaskarżenia do sądu administracyjnego. Zgodnie zaś z art. 52 § 3 *ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi* (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 2325 ze zm.), jeżeli stronie przysługuje prawo do zwrócenia się do organu, który wydał decyzję z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, strona może wnieść skargę do sądu administracyjnego na tę decyzję bez skorzystania z tego prawa. Skargę

wnosi się do sądu administracyjnego za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie.

W dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 19 stycznia 1995 r., I SA 1326/93), a wręcz, że interes prawny ma wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 27 września 2001 r., I SA 2326/00). W przypadku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguła ta znajduje zastosowanie jedynie odpowiednio, bądź na zasadzie analogii. Jakkolwiek bowiem postępowania wszczęte wskutek odwołania lub skargi niezadowolonego oferenta mają charakter administracyjny lub sądowno-administracyjny, samo postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leży już poza sferą prawa administracyjnego, albowiem dotyczy cywilnoprawnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i szczególnego sposobu zawarcia tego rodzaju umowy, normowanego przepisami art. 132 i n. Ustawy i uzupełniająco przepisami art. 66 i n. kodeksu cywilnego. Mamy, więc tutaj do czynienia z regulacją swoistą: na drodze administracyjnej i sądowno-administracyjnej ocenie podlegają takie stany faktyczne, które na gruncie prawa materialnego unormowane są przepisami prawa cywilnego – o umowie i sposobie jej zawarcia.

W związku z powyższym, zrekonstruowany na podstawie znajdujących zastosowanie przepisów prawa materialnego interes prawny oferenta polega na tym, aby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając prawem przewidziany zakres swobody wyboru komisji konkursowej, 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 nic innego, jako zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną*” (A. Paszkowski, *Środki*

odwoławcze w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Jak wskazał też Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r. (VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330), do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie, zatem do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Z kolei w wyroku z dnia 24 września 2008 r. (VII SA/Wa 1076/08, LEX nr 560207) Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie podkreślił, iż świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może skutecznie wnieść środek odwoławczy w sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia naruszy określone przepisami powszechnie obowiązującymi lub przepisami wydanymi na ich podstawie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zasady postępowania w rozumieniu materialnoprawnym (np. wymagania od świadczeniodawców) oraz proceduralnym (np. warunki prowadzonego postępowania). Ostatnim warunkiem skutecznego wniesienia przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej środka odwoławczego jest istnienie związku o charakterze przyczynowo-skutkowym pomiędzy uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy, a naruszeniem zasad postępowania (A. Paszkowski, op. cit.).

Zgodnie z treścią art. 154 ust. 6a *Ustawy*, określone zostały strony postępowania zainicjowanego złożonym odwołaniem. Stronami postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-6 *Ustawy*, jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie tj. FALCK MEDYCYNĄ Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa oraz świadczeniodawca, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.: OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 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 3 marca 2020 roku znak: WOKSII. 424.11.2020. 60/PG 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 wyraził chęć zapoznania się z dokumentacją postępowania , w

siedzibie MOW NFZ w Krakowie, w dniu 9 marca 2020 r., jednak pełnomocnik Odwołującego nie stawił się na umówione spotkanie i nie ustalił innego terminu spotkania w tej sprawie.

W związku z ogłoszeniem, w dniu 13 marca 2020 r., na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowanego rozprzestrzenianiem się koronawirusa SARS-COV-2, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020 r, poz.433), pismem z dnia 17 marca 2020 r. strony, na podstawie art. 36 Ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *k.p.a.* (t.j.: Dz.U. z 2020 r. poz. 256) zostały poinformowane o wyznaczeniu nowego terminu wydania decyzji administracyjnej do dnia 17 kwietnia 2020 r. Wskazanie nowego terminu do wydania decyzji administracyjnej zostało podyktowane koniecznością zapewnienia stronom postępowania odwoławczego prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania konkursowego oraz dokonania przez organ administracji pogłębionej analizy zebranego materiału dowodowego, która pozwoli na podjęcie decyzji w sprawie. W związku z powyższym strona wybrana do zawarcia umowy oświadczyła, że nie skorzysta z prawa zapoznania się z dokumentacją postępowania konkursowego i nie zgłosiła wniosków lub uwag dot. złożonego odwołania oraz przebiegu postępowania konkursowego. W związku z przedłużającym się stanem epidemii strona odwołująca w dniu 8 kwietnia 2020 r., została poinformowana o możliwości zapoznania się z dokumentacją postępowania poprzez drogę elektroniczną. Plik z dokumentacją postępowania (zabezpieczony hasłem), za zgodą Odwołującego został wysłany na adres mailowy Odwołującego z informacją o konieczności uzyskania hasła pod wskazanym numerem telefonu. Pismem wszczynającym postępowanie odwoławcze, z dnia 3 marca 2020 roku znak: WOKSII. 424.11.2020. 60/PG, MOW NFZ poinformował Odwołującego, że dokumenty postępowania są dostępne dla stron przez 7 dni od dnia poinformowania strony o możliwości zapoznania się z nimi. Odwołujący ostatecznie nie skontaktował się, w celu uzyskania hasła do dokumentacji, pod wskazanym numerem telefonu i tym samym nie skorzystał z prawa do zapoznania się z dokumentacją w terminie 7 dni od dnia udostępnienia, w dniu 8 kwietnia 2020 r., elektronicznie zabezpieczonej hasłem dokumentacji.

Dokonując oceny zasadności zarzutów postawionych przez Odwołującego, Organ dokonał oceny prawidłowości przebiegu postępowania nr 06-20-000024/PDT/17/1/17.9250.031.08/01 i ustalił, co następuje.

Dyrektor Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 19 grudnia 2019 roku na podstawie art. 139 ust. 2 Ustawy ogłosił postępowanie konkursowe nr 06-20-000024/PDT/17/1/17.9250.031.08/01 prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rodzaju świadczeń: pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego na obszarze działania obejmującym powiaty: 1203 – chrzanowski, 1206 - krakowski, 1208 - miechowski, 1212 – olkusi,

1213 - oświęcimski, 1219 – wielicki, 1261 – Kraków, na okres: od dnia 1 kwietnia 2020 roku do dnia 31 marca 2023 roku.

W ogłoszeniu postępowania o ww. numerze zostały wskazane niżej wymienione akty prawne, które zawierały m.in. wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Prezesem NFZ”, w odniesieniu do oferentów przystępujących do postępowania, a także stanowiły formalną i merytoryczną podstawę do wyboru ofert i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego tj.:

1. *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 ze zm.),*
2. *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018 r., poz.160),*
3. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (j.t. Dz. U. z 2018 r., poz. 1897 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 10 maja 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866)*
6. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz.1146 ze zm.),*
7. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.),*
8. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ze zm. (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz.193 ze zm.),*
9. *Zarządzenie nr 157/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny 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 5 ofert. Oferentami byli:

1. Ewa Olchówka, Bolesława Chrobrego 8/2, 32-600 Oświęcim,
2. OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków,
3. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków,
4. FIRMA MARKETINGOWO-MEDYCZNA MARK-MED. sp. z o. o. ul. Osiedle Na Skarpie 27/211A, 31-910 Kraków,
5. FALCK MEDYCZYNA Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa.

W dniu 22 stycznia 2020 r. komisja konkursowa dokonała stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert o ww. numerze, stwierdziła tym samym, że przedmiotowe ogłoszenie postępowania spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 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 (j.t. Dz. U. z 2018 r., poz. 1897 ze 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 postępowania komisja konkursowa dokonała oceny formalno - prawnej złożonych ofert . W trakcie oceny formalnej oferty komisja konkursowa wezwała 1 oferenta, tj. FIRMA MARKETINGOWO-MEDYCZNA MARK-MED. sp. z o. o. ul. Osiedle Na Skarpie 27/211A, 31-910 Kraków do usunięcia braków formalnych. U pozostałych oferentów braków formalnych nie stwierdzono. W części jawnej, za niespełnienie warunków wymaganych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 *Ustawy*, odrzucone zostały 2 oferty następujących oferentów:

1. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe, ul. św. Łazarza 14, 31-530 Kraków,
2. FIRMA MARKETINGOWO-MEDYCZNA MARK-MED. sp. z o. o. ul. Osiedle Na Skarpie 27/211A, 31-910 Kraków.

W toku postępowania komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację u 3 nowych oferentów biorących udział w postępowaniu, których oferty nie zostały odrzucone:

1. FALCK MEDYCZYNA Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa,
2. Ewa Olchówka, Bolesława Chrobrego 8/2, 32-600 Oświęcim,
3. OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków.

Zgodnie bowiem z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (j.t. Dz. U. z 2018 r., poz. 1897 ze zm.)*, komisja konkursowa przeprowadza weryfikację,

u oferenta, który dotychczas nie miał zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

Przeprowadzając kontrolę u Oferenta komisja dokonuje w szczególności sprawdzenia:

- ✓ wyposażenia w sprzęt niezbędny do przeprowadzenia procesu diagnostyczno – terapeutycznego w danym zakresie,
- ✓ pomieszczeń niezbędnych do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej z oceną warunków sanitarno – higienicznych.

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), zwane dalej „rozporządzeniem kryterialnym” oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ze zm. (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 193 ze zm.), zwane dalej „rozporządzeniem”.

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 oferenta, negocjacjach oraz przeprowadzonym rankingu końcowym komisja konkursowa wybrała w rozstrzygnięciu 1 ofertę o najwyższej łącznej ocenie punktowej tj.: OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków, która znalazła się na pierwszym miejscu w rankingu końcowym, celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przedmiotowym rodzaju i zakresie.

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

Ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania ukazało się w dniu 21 lutego 2020 roku. Oferta Odwołującego nie znalazła się w rozstrzygnięciu konkursu.

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

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

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

Nazwa oferenta	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków 061/200331	2,500	37,000	0,000	0,000	0,000	0,000	37,000	39,500	zbieżne ostateczne	TAK
Ewa Olchówka, Bolesława Chrobrego 8/2, 32-600 Oświęcim 061/200902	4,032	29,000	0,000	0,000	0,000	0,000	29,000	33,032	zbieżne ostateczne	NIE
FALCK MEDYCYNĄ Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa, 061/200212	5,000	8,000	17,000	0,000	0,000	-8,000	17,000	22,000	zbieżne ostateczne	NIE

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

2. Opinia wojewody lub ministra właściwego do spraw zdrowia w przypadku realizacji inwestycji przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.

W rankingu końcowym nie znalazły się oferty odrzucone, ponieważ nie podlegały one dalszej ocenie komisji konkursowej. Komisja konkursowa dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z

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

Organ, zgodnie z dyspozycją § 11 ust. 1 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., informuje, że oferent wybrany do zawarcia umowy, dokonał zastrzeżenia części VIII formularza ofertowego *Ankiety* (tj. odpowiedzi ankietowych m.in. na dodatkowe pytania ankietowe dotyczące personelu i sprzętu), jako informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy. Poniżej przedstawiono w postaci tabeli liczbę punktów przyznanych oferentom, których oferty znalazły się w rankingu końcowym, za każde pytanie ankietowe z osobna, uwzględniając stan faktyczny wynikający z oferty oraz treść wyjaśnień udzielonych przez Oferentów w toku postępowania w tym przedmiocie:

Oferent - Ewa Olchówka, Bolesława Chrobrego 8/2, 32-600 Oświęcim (061/200902):

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	ZAPEWNIENIE TRANSPORTU MEDYCZNEGO	
1.1.1.1	ZTM_REALIZACJA UMOWY W RODZAJU RATOWNICTWO MEDYCZNE PRZEZ OKRES CO NAJMNIEJ 3 LAT W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT OD DNIA OGŁOSZENIA POSTĘPOWANIA.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	ZTM_LICZBA OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH W LICZBIE NIE MNIEJSZEJ NIŻ DWIE, W TYM RATOWNIK MEDYCZNY Z CO NAJMNIEJ 3-LETNIM STAŻEM PRACY W ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO, LOTNICZYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO LUB SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM LUB PIELĘGNIARKA POSIADAJĄCA TYTUŁ SPECJALISTY, LUB SPECJALIZUJĄCA SIĘ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO, ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI, CHIRURGII ORAZ KARDIOLOGII Z CO NAJMNIEJ 3-LETNIM STAŻEM PRACY W ODDZIAŁACH TYCH SPECJALNOŚCI, ODDZIAŁACH POMOCY DORAŻNEJ, IZBACH PRZYJĘĆ LUB POGOTOWIU RATUNKOWYM.	18,0000
1.2.1.2	ZTM_PROCENTOWY UDZIAŁ ZESPOŁÓW TRANSPORTU MEDYCZNEGO REALIZUJĄCYCH ŚWIADCZENIA W RAMACH DANEGO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ W SKŁADZIE 3-OSOBOWYM, W TYM PRZEZ DWIE OSOBY UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH WYNOŚI CO NAJMNIEJ 51%.	11,0000
1.2.2	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	
1.2.2.1	ZTM_CERTYFIKAT ISO 9001 SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ.	0,0000
1.2.3	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	

1.2.3.1	ZTM_UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ PERSONEL O KWALIFIKACJACH NIŻSZYCH NIŻ WYKAZANE W UMOWIE, LUB UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SPOSÓB I W WARUNKACH NIEODPOWIADAJĄCYCH WYMOGOM OKREŚLONYM W UMOWIE LUB BRAK SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA WYKAZANEGO W UMOWIE, W TYM BRAK ATESTÓW LUB PRZEGLĄDÓW - TYLKO NA PODSTAWIE KONTROLI.	0,0000
1.2.3.2	ZTM_NIEUZASADNIONA ODMOWA UDZIELANIA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZENIOBIORCY.	0,0000
1.2.3.3	ZTM_POBIERANIE NIENALEŻNYCH OPŁAT OD ŚWIADCZENIOBIORCÓW ZA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ BĘDĄCE PRZEDMIOTEM UMOWY.	0,0000
1.2.3.4	ZTM_NIEZASADNE ORDYNOWANIE LEKÓW LUB WYROBÓW MEDYCZNYCH, LUB ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA - TYLKO NA PODSTAWIE KONTROLI.	0,0000
1.2.3.5	ZTM_NIEUZGODNIONA Z ODDZIAŁEM WOJEWÓDZKIM FUNDUSZU ZMIANA HARMONOGRAMU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ.	0,0000
1.2.3.6	ZTM_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
1.2.3.7	ZTM_NIEWYKONANIE W WYZNACZONYM TERMINIE ZALECEŃ POKONTROLNYCH.	0,0000
1.2.3.8	ZTM_STWIERDZENIE NARUSZEŃ, KTÓRE ZOSTAŁY STWIERDZONE W POPRZEDNICH KONTROLACH.	0,0000
1.3	DOSTĘPNOŚĆ	
1.3.1	CZAS DOTARCIA NA MIEJSCE	
1.3.1.1	ZTM_MEDIANA CZASU DOTARCIA ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO NA MIEJSCE WEZWANIA W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI NATYCHMIASTOWEGO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ NIE MOŻE BYĆ WIĘKSZA NIŻ 20 MINUT.	0,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1.1	ZTM_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
1.4.1.2	ZTM_W DNIU ZŁOŻENIA OFERTY OFERENT REALIZUJE NA PODSTAWIE UMOWY PROCES LECZENIA ŚWIADCZENIOBIORCÓW W RAMACH DANEGO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ I W RAMACH OBSZARU, KTÓREGO DOTYCZY POSTĘPOWANIE NIEPRZERWANIE OD:	0,0000
1.5	_WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1.1	ZTM_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	WSPÓŁPRACA Z AGENCJĄ	

1.6.1.1	ZTM_WSPÓŁPRACA Z AGENCJĄ - ŚWIADCZENIODAWCA PRZEKAZUJE 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.	0,0000
1.6.2	OPINIA WOJEWODY LUB MINISTRA WŁAŚCIWEGO DO SPRAW ZDROWIA	
1.6.2.1	ZTM_BRAK WAŻNEJ POZYTYWNEJ OPINII O CELOWOŚCI INWESTYCJI ALBO BRAK WAŻNEJ POZYTYWNEJ OPINII W SPRAWIE PROTESTU - DOTYCZY PODMIOTU LECZNICZEGO, JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO PODMIOTU LECZNICZEGO UTWORZONYCH PO DNIU 12 LIPCA 2018 R. LUB INNEJ INWESTYCJI WSZCZĘTEJ PO TYM DNIU, PRZY POMOCY KTÓRYCH MAJĄ BYĆ UDZIELANE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ OBJĘTE PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA.	0,0000

Oferent - OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków (061/200331)

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	ZAPEWNIENIE TRANSPORTU MEDYCZNEGO	
1.1.1.1	ZTM_REALIZACJA UMOWY W RODZAJU RATOWNICTWO MEDYCZNE PRZEZ OKRES CO NAJMNIEJ 3 LAT W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT OD DNIA OGŁOSZENIA POSTĘPOWANIA.	0,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	ZTM_LICZBA OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH W LICZBIE NIE MNIEJSZEJ NIŻ DWIE, W TYM RATOWNIK MEDYCZNY Z CO NAJMNIEJ 3-LETNIM STAŻEM PRACY W ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO, LOTNICZYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO LUB SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM LUB PIEŁĘGNIARKA POSIADAJĄCA TYTUŁ SPECJALISTY, LUB SPECJALIZUJĄCA SIĘ W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO, ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI, CHIRURGII ORAZ KARDIOLOGII Z CO NAJMNIEJ 3-LETNIM STAŻEM PRACY W ODDZIAŁACH TYCH SPECJALNOŚCI, ODDZIAŁACH POMOCY DORAŻNEJ, IZBACH PRZYJĘĆ LUB POGOTOWIU RATUNKOWYM.	18,0000
1.2.1.2	ZTM_PROCENTOWY UDZIAŁ ZESPOŁÓW TRANSPORTU MEDYCZNEGO REALIZUJĄCYCH ŚWIADCZENIA W RAMACH DANEGO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ W SKŁADZIE 3-OSOBOWYM, W TYM PRZEZ DWIE OSOBY UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH WYNOŚI CO NAJMNIEJ 51%.	11,0000
1.2.2	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	
1.2.2.1	ZTM_CERTYFIKAT ISO 9001 SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ.	8,0000
1.2.3	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	

1.2.3.1	ZTM_UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ PERSONEL O KWALIFIKACJACH NIŻSZYCH NIŻ WYKAZANE W UMOWIE, LUB UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SPOSÓB I W WARUNKACH NIEODPOWIADAJĄCYCH WYMOGOM OKREŚLONYM W UMOWIE LUB BRAK SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA WYKAZANEGO W UMOWIE, W TYM BRAK ATESTÓW LUB PRZEGLĄDÓW - TYLKO NA PODSTAWIE KONTROLI.	0,0000
1.2.3.2	ZTM_NIEUZASADNIONA ODMOWA UDZIELANIA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZENIOBIORCY.	0,0000
1.2.3.3	ZTM_POBIERANIE NIENALEŻNYCH OPŁAT OD ŚWIADCZENIOBIORCÓW ZA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ BĘDĄCE PRZEDMIOTEM UMOWY.	0,0000
1.2.3.4	ZTM_NIEZASADNE ORDYNOWANIE LEKÓW LUB WYROBÓW MEDYCZNYCH, LUB ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA - TYLKO NA PODSTAWIE KONTROLI.	0,0000
1.2.3.5	ZTM_NIEUZGODNIONA Z ODDZIAŁEM WOJEWÓDZKIM FUNDUSZU ZMIANA HARMONOGRAMU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ.	0,0000
1.2.3.6	ZTM_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
1.2.3.7	ZTM_NIEWYKONANIE W WYZNACZONYM TERMINIE ZALECEŃ POKONTROLNYCH.	0,0000
1.2.3.8	ZTM_STWIERDZENIE NARUSZEŃ, KTÓRE ZOSTAŁY STWIERDZONE W POPRZEDNICH KONTROLACH.	0,0000
1.3	DOSTĘPNOŚĆ	
1.3.1	CZAS DOTARCIA NA MIEJSCE	
1.3.1.1	ZTM_MEDIANA CZASU DOTARCIA ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO NA MIEJSCE WEZWANIA W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI NATYCHMIASTOWEGO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ NIE MOŻE BYĆ WIĘKSZA NIŻ 20 MINUT.	0,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1.1	ZTM_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
1.4.1.2	ZTM_W DNIU ZŁOŻENIA OFERTY OFERENT REALIZUJE NA PODSTAWIE UMOWY PROCES LECZENIA ŚWIADCZENIOBIORCÓW W RAMACH DANEGO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ I W RAMACH OBSZARU, KTÓREGO DOTYCZY POSTĘPOWANIE NIEPRZERWANIE OD:	0,0000
1.5	_WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1.1	ZTM_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	WSPÓŁPRACA Z AGENCJĄ	

1.6.1.1	ZTM_WSPÓŁPRACA Z AGENCJĄ - ŚWIADCZENIODAWCA PRZEKAZUJE 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
1.6.2	OPINIA WOJEWODY LUB MINISTRA WŁAŚCIWEGO DO SPRAW ZDROWIA	
1.6.2.1	ZTM_BRAK WAŻNEJ POZYTYWNEJ OPINII O CELOWOŚCI INWESTYCJI ALBO BRAK WAŻNEJ POZYTYWNEJ OPINII W SPRAWIE PROTESTU - DOTYCZY PODMIOTU LECZNICZEGO, JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO PODMIOTU LECZNICZEGO UTWORZONYCH PO DNIU 12 LIPCA 2018 R. LUB INNEJ INWESTYCJI WSZCZĘTEJ PO TYM DNIU, PRZY POMOCY KTÓRYCH MAJĄ BYĆ UDZIELANE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ OBJĘTE PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA.	0,0000

Oferent - FALCK MEDYCYNĄ Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa (061/200212):

Lp.	Pytanie	Punkty przyznane za odpowiedź
1.1	KOMPLEKSOWOŚĆ	
1.1.1	ZAPEWNIENIE TRANSPORTU MEDYCZNEGO	
1.1.1.1	ZTM_REALIZACJA UMOWY W RODZAJU RATOWNICTWA MEDYCZNE PRZEZ OKRES CO NAJMNIEJ 3 LAT W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT OD DNIA OGŁOSZENIA POSTĘPOWANIA.	17,0000
1.2	JAKOŚĆ	
1.2.1	PERSONEL	
1.2.1.1	ZTM_LICZBA OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH W LICZBIE NIE MNIEJSZEJ NIŻ DWIE, W TYM RATOWNIK MEDYCZNY Z CO NAJMNIEJ 3-LETNIM STAŻEM PRACY W ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO, LOTNICZYM ZESPOLE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO LUB SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM LUB PIELĘGNIARKA POSIADAJĄCA TYTUŁ SPECJALISTY, LUB SPECJALIZUJĄCA SIĘ W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO, ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ OPIEKI, CHIRURGII ORAZ KARDIOLOGII Z CO NAJMNIEJ 3-LETNIM STAŻEM PRACY W ODDZIAŁACH TYCH SPECJALNOŚCI, ODDZIAŁACH POMOCY DORAŻNEJ, IZBACH PRZYJĘĆ LUB POGOTOWIU RATUNKOWYM.	0,0000
1.2.1.2	ZTM_PROCENTOWY UDZIAŁ ZESPOŁÓW TRANSPORTU MEDYCZNEGO REALIZUJĄCYCH ŚWIADCZENIA W RAMACH DANEGO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ W SKŁADZIE 3-OSOBOWYM, W TYM PRZEZ DWIE OSOBY UPRAWNIONE DO WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH WYNOŚI CO NAJMNIEJ 51%.	0,0000
1.2.2	ZEWNĘTRZNA OCENA JAKOŚCI	
1.2.2.1	ZTM_CERTYFIKAT ISO 9001 SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ.	8,0000
1.2.3	WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI	
1.2.3.1	ZTM_UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ PRZEZ PERSONEL O KWALIFIKACJACH NIŻSZYCH NIŻ WYKAZANE W UMOWIE, LUB UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SPOSÓB I W WARUNKACH NIEODPOWIADAJĄCYCH WYMOGOM OKREŚLONYM W UMOWIE LUB BRAK SPRZĘTU I WYPOSAŻENIA WYKAZANEGO W UMOWIE, W TYM BRAK ATESTÓW LUB PRZEGLĄDÓW - TYLKO NA PODSTAWIE KONTROLI.	0,0000
1.2.3.2	ZTM_NIEUZASADNIONA ODMOWA UDZIELANIA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚWIADCZENIOBIORCY.	0,0000

1.2.3.3	ZTM_POBIERANIE NIENALEŻNYCH OPŁAT OD ŚWIADCZENIOBIORCÓW ZA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ BĘDĄCE PRZEDMIOTEM UMOWY.	0,0000
1.2.3.4	ZTM_NIEZASADNE ORDYNOWANIE LEKÓW LUB WYROBÓW MEDYCZNYCH, LUB ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA - TYLKO NA PODSTAWIE KONTROLI.	0,0000
1.2.3.5	ZTM_NIEUZGODNIONA Z ODDZIAŁEM WOJEWÓDZKIM FUNDUSZU ZMIANA HARMONOGRAMU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ.	0,0000
1.2.3.6	ZTM_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
1.2.3.7	ZTM_NIEWYKONANIE W WYZNACZONYM TERMINIE ZALECEŃ POKONTROLNYCH.	0,0000
1.2.3.8	ZTM_STWIERDZENIE NARUSZEŃ, KTÓRE ZOSTAŁY STWIERDZONE W POPRZEDNICH KONTROLACH.	0,0000
1.3	DOSTĘPNOŚĆ	
1.3.1	CZAS DOTARCIA NA MIEJSCE	
1.3.1.1	ZTM_MEDIANA CZASU DOTARCIA ZESPOŁU TRANSPORTU MEDYCZNEGO NA MIEJSCE WEZWANIA W PRZYPADKU KONIECZNOŚCI NATYCHMIASTOWEGO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ NIE MOŻE BYĆ WIĘKSZA NIŻ 20 MINUT.	0,0000
1.4	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1	CIĄGŁOŚĆ	
1.4.1.1	ZTM_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
1.4.1.2	ZTM_W DNIU ZŁOŻENIA OFERTY OFERENT REALIZUJE NA PODSTAWIE UMOWY PROCES LECZENIA ŚWIADCZENIOBIORCÓW W RAMACH DANEGO ZAKRESU ŚWIADCZEŃ I W RAMACH OBSZARU, KTÓREGO DOTYCZY POSTĘPOWANIE NIEPRZERWANIE OD:	0,0000
1.5	_WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1	WARUNKI WYMAGANE	
1.5.1.1	ZTM_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	WSPÓŁPRACA Z AGENCJĄ	
1.6.1.1	ZTM_WSPÓŁPRACA Z AGENCJĄ - ŚWIADCZENIODAWCA PRZEKAZUJE 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
1.6.2	OPINIA WOJEWODY LUB MINISTRA WŁAŚCIWEGO DO SPRAW ZDROWIA	

1.6.2.1	ZTM_BRAK WAŻNEJ POZYTYWNEJ OPINII O CELOWOŚCI INWESTYCJI ALBO BRAK WAŻNEJ POZYTYWNEJ OPINII W SPRAWIE PROTESTU - DOTYCZY PODMIOTU LECZNICZEGO, JEDNOSTEK LUB KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH ZAKŁADU LECZNICZEGO PODMIOTU LECZNICZEGO UTWORZONYCH PO DNIU 12 LIPCA 2018 R. LUB INNEJ INWESTYCJI WSZCZĘTEJ PO TYM DNIU, PRZY POMOCY KTÓRYCH MAJĄ BYĆ UDZIELANE ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ OBJĘTE PRZEDMIOTEM POSTĘPOWANIA.	- 8,0000
---------	--	----------

Organ poczynił ustalenia faktyczne i wskazał, że oferta Odwołującego spełniała wymagane warunki i została zaproszona do negocjacji. Natomiast po negocjacjach, które stanowią część niejawną postępowania, w sporządzonym rankingu końcowym oferta odwołującego się uzyskała zbyt małą ilość punktów.

Oferta Odwołującego się uplasowała się w rankingu końcowym na 3 pozycji, a do zawarcia umowy wybrano 1 oferenta posiadającego potencjał wykonawczy, który pozwolił na wyczerpanie wartości ogłoszonego postępowania.

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

Odwołujący się pismem z dnia 27 lutego 2020 roku (wpływ do MOW NFZ w Krakowie dn. 28 lutego 2020 roku) wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania.

Odwołujący w swym odwołaniu zarzuca naruszenie art. 134 ust 1 Ustawy w związku z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem kryterialnym” oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 15 lutego 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 401), zwane dalej „rozporządzeniem”, poprzez „naruszenia zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców

ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, w wyniku:

1. *Naruszenia rozporządzenia kryterialnego, zgodnie z których sformułowano kryterium:*

„Brak ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji albo brak ważnej pozytywnej opinii w sprawie protestu - dotyczy podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 12 lipca 2018 r. lub innej inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.” Oznacza to, iż w ramach postępowania powinna być zweryfikowana nie tylko okoliczność dotycząca daty rejestracji, ale również daty dokonania inwestycji wszczętych po dniu 12 lipca 2018 r., która ma służyć udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem, gdyż może ona mieć wpływ na odjęcie 8 punktów”. Odwołujący stwierdza, że biorąc pod uwagę fakt, iż „komisja konkursowa wezwała oferentów do wskazania numerów telefonów, przy pomocy których wykonywana będzie łączność przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej objętych postępowaniem (...), komisja konkursowa powinna zweryfikować datę nabycia telefonów, które będą służyć do zapewnienia łączności, gdyż może to być inwestycja po dniu 12 lipca 2018 r.”.

2. *Naruszenia rozporządzenia kryterialnego, zgodnie z których sformułowano kryterium:*

„Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością”. W ramach postępowania należy zweryfikować kwestię posiadania certyfikatu w ramach przedmiotu postępowania (...). Z posiadaniem certyfikatu ISO na wykonywanie świadczeń przez zespoły transportu medycznego nie może być traktowane na równi posiadanie innego certyfikatu, w szczególności certyfikat na wykonywanie transportu sanitarnego. (...) Odwołujący powołał się na uzasadnienie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 kwietnia 2017 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019 r. poz. 173 ze zm.), zgodnie z którym: „Dodanie kodu 9250 Zespół transportu medycznego – świadczenia zdrowotne udzielane w specjalistycznym środku transportu – wynika z konieczności uwzględnienia w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą komórek organizacyjnych, które udzielają świadczeń zdrowotnych w pojazdach, a nie są wyłącznie transportem sanitarnym.”.

W odpowiedzi na pierwszy zarzut Odwołującego, Organ informuje, że Komisja konkursowa skierowała do każdego oferenta biorącego udział w postępowaniu wezwanie, o którym, w treści odwołania, wspomina Odwołujący, dotyczące udzielenia pozytywnej odpowiedzi na pytanie nr 1.5.1.1. Ankiety: „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” i wezwała oferentów do złożenia oświadczeń o zapewnieniu łączności umożliwiającej przyjmowanie informacji o zleceniach wyjazdu oraz kontakt z zespołem transportu medycznego. Komisja nie prosiła o podanie numerów telefonów przy pomocy, których wykonywana będzie łączność. Wszyscy oferenci, w tym Odwołujący takie oświadczenia

złożyli.

Organ wskazuje, że w dniu 21 lipca 2016 r. uchwalono ustawę o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 1355), która to ustawa wprowadziła do publicznego systemu opieki zdrowotnej konstrukcję Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ). Głównym założeniem funkcjonowania nowego systemu teleinformatycznego IOWISZ jest racjonalne, celowe i gospodarne wydatkowanie środków na inwestycje w sektorze usług zdrowotnych. Opinię o celowości inwestycji wydaje się na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zamierzającego wykonywać działalność leczniczą, zamierzającego utworzyć podmiot leczniczy. Procedura, warunki, przesłanki związane z uzyskaniem takiej opinii regulują art. 95d – 95k *Ustawy*. Rezultatem tych regulacji jest wprowadzenie do rozporządzenia kryterialnego warunku określonego w pytaniu nr 1.6.2.1. *Ankiety: „Brak ważnej pozytywnej opinii o celowości inwestycji albo brak ważnej pozytywnej opinii w sprawie protestu - dotyczy podmiotu leczniczego, jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 12 lipca 2018 r. lub innej inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania.*

Zgodnie z art. 95d ust. 1 *Ustawy*, Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia, zwany dalej „organem wydającym opinię”, wydaje opinię o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego lub innej inwestycji dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Wniosek o wydanie opinii dotyczy inwestycji, której części tworzą komplementarną całość i są niezbędne do prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w objętych wnioskiem dziedzinach medycyny. Ponadto, zgodnie z art. 95 d ust.1b. *Ustawy* przez inną inwestycję, o której mowa w ust. 1, rozumie się roboty budowlane w rozumieniu art. 3 pkt 7 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz.U. z 2018 r. poz. 1202, z późn. zm.) lub wyposażenie zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, jeżeli działania te stanowią główny cel tej inwestycji.

Opinię wydaje się, zgodnie z art. 95e *Ustawy* na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą. Wniosek wygenerowany za pośrednictwem systemu teleinformatycznego IOWISZ podlega opłacie, która stanowi dochód budżetu państwa.

Przeprowadzona przez Komisję konkursową, w toku postępowania konkursowego, analiza ofert złożonych w postępowaniu wykazała, że żaden z oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu konkursowym po dniu 12 lipca 2018 roku nie dokonał inwestycji, która podlegałaby obowiązkowi uzyskania opinii wojewody lub Ministra Zdrowia zgodnie z *Ustawą*. W szczególności

w ocenie Komisji konkursowej, taką inwestycją nie jest zakup przez oferentów telefonów służących do zapewnienia łączności.

Jednocześnie Odwołujący, jako jedyny oferent biorący udział w przedmiotowym postępowaniu, na pytanie 1.6.2.1. Ankiety, udzielił odpowiedzi *TAK*, co skutkowało automatycznym odjęciem Odwołującemu się 8,000 punktów przez system informatyczny wspierający pracę Komisji, a Komisja nie dokonała zmiany odjętej automatycznie punktacji. W ocenie Organu, powyższe spowodowało nieprawidłowe wyliczenie punktów za ocenę oferty. Skoro bowiem Komisja konkursowa oceniła, iż żaden z oferentów w przedmiotowym postępowaniu konkursowym nie musiał legitymować się opinią (także w zakresie zakupu wskazanych w odwołaniu telefonów), o której mowa w art. 95d – 95k *Ustawy*, to Komisja powinna dokonać zmiany automatycznie odjętej punktacji Odwołującego, poprzez nieodejmowanie 8,000 pkt w ocenie oferty Odwołującego. Wyjaśnić należy, iż nieodjęcie w tym przypadku punktów w ocenie oferty nie stanowiłoby niedopuszczalnej ingerencji w treść oferty składanej przez oferenta, a stanowiłoby wyłącznie dokonanie oceny złożonej oferty zgodnie ze stanem faktycznym i poczynioną przez Komisję konkursową analizą sprowadzającą się do wniosku, iż żaden z oferentów nie był zobligowany do posiadania ww. opinii.

Niezależnie od powyższego wskazane uchybienie w działaniu Komisji konkursowej nie spowodowało naruszenia interesu prawnego Odwołującego się, ponieważ nawet gdyby Komisja konkursowa dokonała zmiany automatycznego wyliczenia punktacji, to w dalszym ciągu nie zostałby on wybrany do zawarcia umowy, ponieważ jego pozycja w rankingu nie zmieniałaby się, co przedstawia poniższa tabela.

Symulacja rankingu końcowego z podziałem na poszczególne części oceny oferty:

Nazwa oferenta	Punkty za ofertę cenową	jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne*	Punkty razem za nie cenowe kryteria	Punkty łącznie	Status negocjacji	Decyzja o wybraniu TAK/NIE
OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków 061/200331	2,500	37,000	0,000	0,000	0,000	0,000	37,000	39,500	zbieżne ostateczne	TAK
Ewa Olchówka, Bolesława Chrobrego 8/2, 32-600 Oświęcim 061/200902	4,032	29,000	0,000	0,000	0,000	0,000	29,000	33,032	zbieżne ostateczne	NIE
FALCK MEDYCYNĄ Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa, 061/200212	5,000	8,000	17,000	0,000	0,000	0,000	17,000	30,000	zbieżne ostateczne	NIE

Organ podkreśla, w ślad za ugruntowanym orzecznictwem w tej materii, iż uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania występuje wówczas, gdy naruszenie przez podmiot prowadzący

to postępowanie, określonych zasad postępowania spowodowało, że uczestnik postępowania 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) – tak m.in. Naczelny Sąd Administracyjny z dnia 24 września 2019 r., sygn. II GSK 322/19. W związku z faktem, iż Odwołujący się, nawet przy uwzględnieniu 8 punktów pierwotnie odjętych przez Komisję, nie miałby możliwości zawarcia umowy, jego interes prawny nie został naruszony. Ponadto, nawet przy przyjęciu odmiennego stanowiska w zakresie inwestycji wymagających opinii, o której mowa art. 95d – 95k *Ustawy*, również zmianie nie uległaby pozycja Odwołującego się w rankingu, ponieważ wciąż plasowałby się na 3 ostatniej pozycji i nie zostałby wybrany do zawarcia umowy.

Odnosząc się do drugiego zarzutu Odwołującego, Organ przypomina, że zgodnie z § 6 rozporządzenia kryterialnego, kryterium posiadania certyfikatu systemu zarządzania, zwanego dalej „certyfikatem”, jest spełnione, jeżeli:

- 1) certyfikat ma zastosowanie w przedmiocie postępowania, na który złożono ofertę;
- 2) certyfikat obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, a w przypadku dysponenta zespołów ratownictwa medycznego - miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego wskazane w ofercie;
- 3) certyfikat jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez jednostkę akredytującą będącą sygnatariuszem porozumienia o wzajemnym uznawaniu „EA Multilateral Agreement” i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej;
- 4) certyfikat jest wydany w zakresie systemów zarządzania: ISO 9001, ISO/IEC 27001, ISO 17025 lub 15189 - zgodnie z ich przyporządkowaniem do poszczególnych zakresów świadczeń wynikającym z załączników do rozporządzenia;
- 5) akredytacja, o której mowa w pkt 3, obejmuje certyfikację systemów zarządzania wymienionych w pkt 4 oraz jest wydana w zakresie usług medycznych (branża „Zdrowie i opieka społeczna” zgodnie z kodem 38 EA, w przypadku: ISO 9001, ISO 14001, PN-N 18001 lub OHSAS 18001).

Analiza ofert złożonych w postępowaniu nr 06-20-000024/PDT/17/1/17.9250.031.08/01 wskazuje, że oferentami, którzy udzielili pozytywnej odpowiedzi na pytanie nr 1.2.2.1 części VII formularza ofertowego *Ankiety* byli Odwołujący oraz strona wybrana do zawarcia umowy, czyli OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków. Oferent ten złożył do oferty Certyfikat ISO dla rodzaju świadczeń: transport medyczny dot. miejsca stacjonowania zespołu przy ul. Kordylewskiego, a więc zgodnie z treścią ogłoszenia o postępowaniu konkursowym. Jednak certyfikat złożony do oferty był ważny na dzień złożenia oferty tj. 17 stycznia 2020 r., do 24 stycznia 2020 r. i nie obejmował już swoim okresem obowiązywania pierwszego dnia obowiązywania umowy, tj. 1 kwietnia

2020 r., dlatego pismem z dnia 28 stycznia 2020 r., komisja wezwała oferenta do wyjaśnień dot. złożonego certyfikatu ISO. W odpowiedzi, oferent przesłał aktualny Certyfikat ISO wydany przez firmę certyfikującą w dniu 17 stycznia 2020 r, ważny również na pierwszy dzień obowiązywania umowy, na rodzaj świadczeń: transport medyczny, czyli kod resortowy: 9250, zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania z dnia 9 stycznia 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 173 ze zm.)*. Ponadto, oferent oświadczył, że „w czasie składania ofert przebiegał okres recertyfikacji i dlatego do oferty załączono kopię certyfikatu dotychczas obowiązującego”. W związku z otrzymaniem nowych dokumentów oferent przesłał nowy Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, wydany na maksymalny okres certyfikacji. Organ wskazuje tym samym, że certyfikaty ISO wykazane w ofertach przez Odwołującego oraz oferenta wybranego do zawarcia umowy spełniły wymagane kryteria, i ci jako jedyni w przedmiotowym postępowaniu konkursowym otrzymali punkty za spełnienie kryterium: *Certyfikat ISO 9001 – system zarządzania jakością*.

Organ wskazuje, że Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia kryterialnego, szczegółowe kryteria wyboru ofert, w podziale na poszczególne zakresy lub rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, kierując się interesem świadczeniobiorców oraz koniecznością zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa przeprowadziła analizę porównawczą ofert biorących udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 148 *Ustawy*, według wspomnianych już wcześniej kryteriów wyboru ofert:

- 1) jakości,
- 2) kompleksowości,
- 3) dostępności,
- 4) ciągłości,
- 5) ceny

- udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje ciągłość udzielanych świadczeń, dostępność, jakość, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją; ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Organ wskazuje, że zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest wybór najkorzystniejszych ofert, w ramach kwoty zamówienia. Określenie w treści ogłoszenia maksymalnej liczby umów, nie oznacza obowiązku zawarcia takiej ilości umów. Tym samym komisja może wybrać mniejszą liczbę oferentów. Oferta Odwołującego nie została wybrana, pomimo że spełniała wszystkie wymagania formalno – prawne oraz wymogi merytoryczne. Na przedmiotowy konkurs ofert złożono bowiem ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsza została wybrana do zawarcia umowy,

wyczerpując jednocześnie łączną liczbę planowanych do zakupu świadczeń i wartość zamówienia określoną w ogłoszeniu. Dokonanie wyboru wszystkich świadczeniodawców do zawarcia umowy jest niemożliwe ze względu na ograniczone środki finansowe.

Odwołujący w swoim odwołaniu „wniósł na podstawie art. 73 § 1 k.p.a. o udostępnienie wszystkich akt postępowania”. Organ w tym miejscu informuje, że Odwołujący nie skorzystał z prawa zapoznania się z dokumentacją, o czym wspomniano na początku niniejszej decyzji.

Ponadto, Odwołujący wniósł także o „ponowne przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umowy, w zakresie objętym odwołaniem”. Organ wskazuje, że w toku niniejszego postępowania odwoławczego nie ma możliwości dokonania ponownej oceny złożonej oferty, jako że leży to w gestii komisji konkursowej. Potwierdza to wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 25 stycznia 2012 r. sygn. akt II GSK 1458/10 w którym stwierdził, „rozpoznanie odwołania wniesionego na podstawie art. 154 ustawy o świadczeniach (...) w związku z art. 152 tej ustawy jest ograniczone wyłącznie do zbadania, czy nie doszło do naruszenia zasad postępowania, które spowodowało uszczerbek w interesie prawnym świadczeniobiorcy (oferenta), zaś w granicach tego postępowania nie mieści się ponowna ocena złożonych ofert (...)”. Tożsama argumentacja znajduje się w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Bydgoszczy z dnia 24 sierpnia 2016 r. sygn. akt II SA/Bd 597/16.

W niniejszej sprawie świadczeniodawca złożył konkretną ofertę, która podlegała ocenie komisji konkursowej. Oferta zawierała dane, na podstawie których miała zostać oceniona przez komisję konkursową. W wyniku przeprowadzonej oceny oferta skarżącego nie została wybrana. Przyczyną niewybrania oferty Odwołującego było uzyskanie przez niego zbyt małej ilości punktów w końcowym rankingu.

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*.

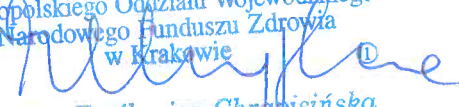
Reasumując Organ przypomina, że do skutecznego wniesienia odwołania od rozstrzygnięcia nie wystarcza samo istnienie interesu prawnego, lecz jest także konieczne wystąpienie uszczerbku w tym interesie na skutek nieprawidłowości przebiegu postępowania. Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania 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 uszczerbku w interesie Odwołującego się, które mogłyby skutkować uwzględnieniem odwołania.

Decyzji, na podstawie art. 108 § 1 *k.p.a.* nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Nadanie rygoru natychmiastowej wykonalności decyzji jest niezbędne z uwagi na aktualną sytuację epidemiologiczną w kraju i szczególnie rodzaj świadczeń, będących przedmiotem postępowania konkursowego. Realizacja świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny służy ochronie zdrowia lub życia ludzkiego, w szczególności może służyć realizacji celów określonych w art.2 ust. 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. z 2020 r. poz. 374 ze zm.).

Mając na uwadze powyższe należało postanowić jak na wstępie.

DYREKTOR
Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Krakowie

Elżbieta Fryźlewicz-Chrapisińska

Decyzję otrzymują:

I. Strony:

- 1) FALCK MEDYCYNĄ Sp. z o. o., ul. Jana Olbrachta 94, 01-102 Warszawa - strona składająca odwołanie.
- 2) OPC Spółka z o.o. sp. k., ul. Kordylewskiego 4, 31-542 Kraków - 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 2019 r., poz. 1373) 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.

Na podstawie art. 15zss ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374, 567 i 568), termin na wniesienie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy nie rozpoczyna się w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID-19.

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 2019 r. poz. 2325 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).