

Katowice, dnia 11 marca 2012 r.

**DYREKTOR**  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Katowicach

WO-0212- 61/337.....- kb/12

**DECYZJA Nr 103/2012**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z 2008 r. z późn. zm.) zwanej dalej ustawą oraz art. 104 i 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. Nr 98, poz. 1071, z 2000 r. z późn. zm.) po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez: **Maurycego Jakubiec, Urszulę Jakubiec wspólników spółki cywilnej „MEDICUS” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej prowadzących „MEDICUS” s.c. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żywcu, ul. Dworcowa 22, reprezentowanych przez radcę prawnego Joannę Pławny Kancelaria Radców Prawnych Spółka Partnerska MAREKWIA & PŁAWNY**, dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014, kod postępowania: **12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1**, w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia,

**Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ postanawia:**

1. oddalić odwołanie **Maurycego Jakubiec, Urszulę Jakubiec wspólników spółki cywilnej „MEDICUS” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej prowadzących „MEDICUS” s.c. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żywcu, ul. Dworcowa 22, reprezentowanych przez radcę prawnego Joannę Pławny Kancelaria Radców Prawnych Spółka Partnerska MAREKWIA & PŁAWNY**, od rozstrzygnięcia postępowania w trybie konkursu ofert ogłoszonego w dniu 22.12.2011 r., kod postępowania: **12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1**, poprzedzającego zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, prowadzonego przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ w Katowicach,

2. nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.

## UZASADNIENIE

W dniu 22.12.2011 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2012-2014 w rodzaju: leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie: chirurgia dziecięca – zespół chirurgii jednego dnia, nr ogłoszenia 12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 05.01.2012 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. Ogółem złożono 14 ofert. W wyżej wymienionym postępowaniu podano wartość zamówienia nie większą niż 1 029 184,00 zł, a wartość rozstrzygnięcia wyniosła 1 029 114,90 zł. Odwołujący złożył ofertę w terminie. Nr oferty 12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1/7/0403.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno – prawnej złożonych ofert oraz potwierdziła spełnienie przez Oferenta wymagań określonych w przepisach prawa stwierdzając, że oferta braków formalnych nie zawierała. W części niejawnej postępowania konkursowego, w której działając na podstawie art. 148 ustawy oraz zarządzenia Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30.09.2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. Ranking końcowy obejmował 12 miejsc realizacji świadczeń. Wskazana w ogłoszeniu wysokość środków finansowych pozwoliła na wybór ofert od pozycji 1 do 4 w rankingu końcowym.

W dniu 24.01.2012 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie konkursu ofert w powyższym zakresie.

Oferent złożył w terminie odwołanie wnosząc o ponowne rozpatrzenie oferty nr 12-12-000782/LSZ/03/1/03.4501.032.02/1/7/0403. Odwołujący zarzucił naruszenie art. 68 w zw. z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997, Nr 78, poz. 483) polegające na nieuprawnionym ograniczeniu dostępu świadczeniobiorców zamieszkałych na obszarze powiatu żywieckiego, do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zarzucił również naruszenie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez niezastosowanie w postępowaniu konkursowym zasady równego traktowania świadczeniodawców, nieprzeprowadzenie negocjacji z Oferentem, a także nieprawidłową ocenę oferty. Oferent wniósł o uwzględnienie odwołania w całości, wstrzymanie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu rozpatrzenia odwołania, ponownego rozpatrzenia oferty oraz wybranie oferty Odwołującego. Ponadto wniósł o wgląd do akt niniejszego postępowania, obejmujących kompletną dokumentację konkursową, w tym oferty oferentów wybranych w celu zawarcia umowy, wskazanie wraz z uzasadnieniem liczby punktów przyznanych oferentom, a także wszczęcie przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ postępowania wyjaśniającego celem zbadania, czy

oferenci INTER – MED s.c. oraz Centrum Medyczne Sokrates s.c. nie dopuścili się naruszenia § 14 ust. 1 zarządzenia nr 46/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto Odwołujący zaznaczył, że posiada wykwalifikowaną kadrę lekarską i najnowocześniejszy sprzęt medyczny, certyfikat ISO a także zapewnia kompleksowość i ciągłość leczenia. Odwołujący zaznaczył również, że jest placówką medyczną realizującą świadczenia medyczne nieprzerwanie od powstania Śląskiej Regionalnej Kasy Chorych. Odwołujący podkreślił, że Śląski OW NFZ nie przeprowadził szkoleń umożliwiających szczegółowe zapoznanie się z wszystkimi wymogami.

### **Odwołanie na uwzględnienie nie zasługuje.**

Do strony niniejszego postępowania skierowano pismo informujące o wynikającym z art. 10 ustawy Kodeks postępowania administracyjnego prawie wglądu do dokumentów i wypowiedzenia się, co do zebranych dowodów, materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący w dniu 16.02.2012 r. skorzystał z prawa wglądu do akt sprawy, z powyższej czynności został sporządzony protokół, w którym Odwołujący stwierdził, że udostępniona dokumentacja konkursowa jest niekompletna, ponieważ nie zawiera ofert pozostałych oferentów oraz kompletnej listy rankingowej. W związku z odmową udostępnienia powyższych dokumentów, odwołujący zaznaczył, że nie jest możliwe porównanie ofert konkursowych i sprawdzenie prawidłowości rozstrzygnięcia konkursu ofert.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji powoływanej przez Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Dyrektor Oddziału bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania, i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, spełnić wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

- zarządzeniu Prezesa NFZ nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zarządzeniu Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

Ogłoszenie o konkursie ofert zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu w tym powyższych zarządzeń. Nadto treść ich była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o zarządzenie Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe

zarządzenie zostało wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy.

Zgodnie z ww. zarządzeniem oceny ofert w rodzaju leczenie szpitalne w ww. zakresie dokonuje się według kryteriów jakości, dostępności oraz ceny. Powyższe zarządzenie bardzo precyzyjnie określa przez pryzmat jakich okoliczności każde z kryteriów jest oceniane. Zawiera również szczegółowe parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładne wskazanie sposobu oceny oferty pod względem kryterium ceny.

Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje do stosowania.

W wymienionym postępowaniu zostało złożonych 14 ofert. Wszystkie oferty – w tym Odwołującego - zostały poddane jednakowej kontroli w części jawnej postępowania pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych, jak również spełniania pozostałych warunków wymaganych od świadczeniodawców, stwierdzając, że zarówno Oferent jak i oferta spełniają wymogi określone w ww. przepisach. 12 ofert spełniających wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, w tym warunki określone przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy (także oferta Odwołującego w całości), zostało zakwalifikowanych do części niejawnej postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, w tym również tych określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na dokonanie na podstawie art. 148 ustawy oraz zarządzenia Prezesa Funduszu nr 54/2011/DSOZ jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów. Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy Komisja Konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami którzy przeszli część jawną postępowania, podczas których ustalono stanowiska w zakresie ceny i liczby oferowanych świadczeń.

Odnosząc się do zarzutu niezaproszenia na negocjacje wyjaśnić należy, iż zgodnie z art. 142 ust. 7 ustawy Komisja Konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent. Do negocjacji została zaproszona taka liczba oferentów, która zapewniła możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej liczby świadczeń lub wartości zamówienia. Przesłanką niezaproszenia Oferenta do negocjacji była niska ocena oferty uzyskana na podstawie kryteriów niecenowych (jakość, dostępność). Odwołujący uzyskał łącznie 27,500 pkt. W stosunku do ostatniej (czyli posiadającej najmniejszą liczbę punktów za kryteria niecenowe) oferty zaproszonej do negocjacji, Odwołujący posiadał o ponad 30 pkt mniej. Dlatego też, w oparciu o art. 142 ust. 7 ustawy nie został zaproszony do negocjacji. Nie sposób zgodzić się w związku z tym z twierdzeniem Oferenta, iż pominięcie Jego oferty w negocjacjach stanowiło naruszenie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wspominana w odwołaniu możliwość zmiany ceny przez Oferenta podczas negocjacji i jednocześnie zmiana pozycji w rankingu, nie ma znaczenia w tym przypadku. W związku

uzyskaną niską ilością punktów za kryteria niecenowe, obniżenie ceny przez Oferenta nie spowodowałoby zmiany pozycji oferty w rankingu końcowym w taki sposób, aby została wybrana do zawarcia umowy.

Komisja Konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich nieodrzuconych ofert. Oferta Odwołującego opiewała na wartość 280 500,00 zł (5 500 x 51,00 zł) i uplasowała się w rankingu końcowym na 9 pozycji z łączną liczbą punktów 39,423 (w tym za jakość 21,500 pkt, dostępność 6 pkt, cenę 11,923 pkt).

Zaznaczyć należy, że ostatnia wybrana oferta z pozycji 4 w rankingu końcowym uzyskała 78,000 pkt w łącznej ocenie (w tym za jakość 43,000 pkt, dostępność 15,000 pkt, cenę 20 pkt).

Za kryterium jakości oferta ocenę w rankingu – 21,500 pkt. W kryterium tym, oceniane były takie parametry jak: personel, sprzęt i aparatura medyczna, zewnętrzna ocena jakości oraz wyniki kontroli. W zakresie parametru personel dodatkowe punkty można było uzyskać wówczas, gdyby Oferent zapewniał w wymiarze równoważnym co najmniej 1 etat: lekarza specjalistę w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń, lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarkę specjalistę w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarkę po kursie kwalifikacyjnym w zakresie anestezjologii i intensywnej opieki. Jeśli chodzi o zewnętrzną ocenę jakości, to dodatkowe punkty oferta mogła otrzymać, gdyby Oferent posiadał certyfikat Centrum Monitorowania Jakości, ważny w dniu zawarcia umowy. Biorąc zaś pod uwagę ocenę oferty pod względem wyników kontroli rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym, w żadnym z rozpatrywanych elementów nie doszło do obniżenia punktów. Z oferty wynika, że nie zachodzi sytuacja obniżenia jakości świadczeń, ani ograniczenia dostępności do świadczeń, nie wykazano też, by miała miejsce nieprawidłowa realizacja świadczeń, czy nieuprawnione zmiany warunków umowy, bądź inne naruszenia postanowień umowy, nie było też negatywnego wyniku rekontroli.

Komisja Konkursowa dokonała też oceny ofert w kryterium dostępności. Maksymalnie oferta podlegająca ocenie w tym kryterium mogła uzyskać 15 pkt. Oferta Odwołującego uzyskała 6 pkt. Elementami składającymi się na ocenę oferty pod tym kątem są: harmonogram pracy i dostępność dla osób niepełnosprawnych. Za dostępność dla osób niepełnosprawnych oferta uzyskała maksymalną liczbę 5 pkt jednostkowych. Natomiast w przypadku liczby godzin pracy w tygodniu Oferent wskazał najniższą punktowaną odpowiedź powyżej 15 godzin do 25 godzin włącznie.

Za cenę można było uzyskać maksymalnie 20 punktów. Oferta Odwołującego uzyskała 11,923 pkt. Cena w wysokości 52 zł za punkt rozliczeniowy była ceną sugerowaną przez NFZ, czyli wskazaną wszystkim oferentom w informacji na stronie internetowej Oddziału. Maksymalną ilość punktów można było uzyskać za propozycję cenową na poziomie 46,80 zł za punkt, a więc poniżej ceny oczekiwanej przez zamawiającego. Podkreślić należy, że każda wysokość ceny zaproponowanej poniżej lub powyżej ceny oczekiwanej miała wpływ na ilość otrzymanych punktów za to kryterium

oceny. Odwołujący w ofercie podał cenę 51 zł za punkt rozliczeniowy. Punkty za cenę obliczane są na podstawie wzoru zawartego w załączniku nr 2 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie w stosunku do ceny oczekiwanej przez Fundusz w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

W wyniku przeprowadzonego postępowania oferta nie została wyłoniona do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umowy zawartej ze Śląskim OW NFZ. Oferta znalazła się pod tzw. linią odcięcia z uwagi na uzyskaną liczbę punktów oceny.

Odnosząc się do zarzutu nierównego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy zaznaczyć trzeba, że wybór ofert dokonywany jest przy pomocy systemu wspomagającego postępowanie konkursowe w oparciu o ranking końcowy, sporządzony w oparciu o informacje złożone w ofertach. Wskazać należy, że wybrane oferty na 4 miejsca wykonywania świadczeń, zabezpieczają w równym stopniu potrzeby świadczeniobiorców w omawianym zakresie świadczeń. W tym miejscu zaznaczyć należy, iż wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 146 ustawy delegacja do wydania przez Prezesa dokumentu określającego kryteria oceny ofert. Celem realizacji dyspozycji tego przepisu Prezes Funduszu wydaje zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Zgodnie z powyższym, naruszeniem art. 134 ust. 1 ustawy byłoby stosowanie wobec niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów, co w niniejszym postępowaniu nie miało miejsca. W związku z powyższym nie sposób zgodzić się z zarzutem Odwołującego o naruszeniu art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wskazać należy, że podmioty uplasowane na pozycjach rankingu podlegających zakontraktowaniu uzyskały łącznie większą ilość punktów aniżeli Odwołujący. Różnica punktowa pomiędzy oferentem, który zajął pierwsze miejsce w rankingu końcowym, a Odwołującym wyniosła 41,077 pkt. Wskazuje to na fakt, iż w postępowaniu uczestniczyły jednostki, które wykazały się lepszą ceną i jakością i dostępnością świadczeń. W tym miejscu wskazać należy, że Komisja Konkursowa nie dokonuje gradacji elementów, które podlegają ocenie, uznając część z nich za ważniejsze lub mniej istotne w stosunku do pozostałych. To łączna ilość punktów decyduje o pozycji świadczeniodawcy w rankingu końcowym.

Odnosząc się do zarzutu przyznania ofercie zbyt małej ilości punktów, stwierdzić należy, że ocena złożonej oferty jak również ranking końcowy ofert dokonuje się w sposób automatyczny przez

system informatyczny w oparciu o kryteria zawarte w zarządzeniu Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z późniejszymi zmianami a także dane przedstawione przez oferentów w złożonych ofertach.

W związku z powyższym stwierdzić należy, iż Komisja Konkursowa przyjmując ofertę jako spełniającą wymogi formalno-prawne oraz dokonując jej oceny według jednolitych kryteriów oceny określonych powyższym zarządzeniem Prezesa, zasad postępowania nie naruszyła. Wskazać należy, że punktacja w rankingu końcowym generowana przez system oparta jest na informacjach zawartych w ofercie z uwzględnieniem przeprowadzonych negocjacji dotyczących liczby i ceny proponowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez Komisję Konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy kryteria oceny oferty warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania, i co ważne nie mógł ich zmienić ani oferent, ani zamawiający. Kryteria te są podstawą oceny wszystkich ofert i jakakolwiek ingerencja Komisji Konkursowej w wygenerowaną liczbę punktów jest niemożliwa. Wygenerowana punktacja stanowi podstawę końcowej listy rankingowej.

Należy mieć również na względzie, że konkurs ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty nie podlegające odrzuceniu uszeregowywane są w ramach tzw. listy rankingowej od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Wyborowi podlegają oferty, które uzyskują określoną liczbę punktów, aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na dany zakres kontraktowanych świadczeń, wskazanych w ogłoszeniu postępowania jako wartość zamówienia.

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na powyższe postępowanie uniemożliwiło wybranie wszystkich ofert, w tym również oferty składającego odwołanie. Wybranie oferty Odwołującego skutkowałoby niewybraniem jednej z ofert, która otrzymała wyższą ocenę punktową. W ten sposób Komisja Konkursowa naruszałaby zasadę równego traktowania stron.

W konsekwencji działania Komisji Konkursowej zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju w ramach zaplanowanych na ten cel środków, nie mają na celu prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami biorącymi udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu ofert zadaniem Komisji Konkursowej jest wybór ofert najkorzystniejszych. Oferta Odwołującego nie została wybrana, bowiem na przedmiotowy konkurs złożono oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

Zatrudnienie wykwalifikowanego personelu medycznego oraz posiadanie najnowocześniejszego sprzętu medycznego i certyfikatu ISO, wykazane przez Oferenta w treści formularza ankietowego zostało uwzględnione w procesie oceny oferty pod kątem kryterium jakości, za co też Odwołującemu została przyznana stosowna ilość punktów w rankingu końcowym. Podniesione więc przez Odwołującego kwestie dotyczące m.in. jakości realizowanych świadczeń czy

posiadania wysoko wykwalifikowanego personelu są elementami uwzględnionymi w ocenie punktowej oferty. O uwzględnieniu zasadności złożonego odwołania w oparciu o przywołaną kwestię zatem mowy być nie może.

Odnosnie podniesionej zarówno w odwołaniu jak i w protokole z wglądu do akt sprawy kwestii udostępnienia ofert pozostałych oferentów wskazać należy, że razem z udostępnionymi do wglądu aktami sprawy Odwołujący otrzymał pełną informację o ocenie złożonej oferty wraz z punktacją za każde z ocenianych kryteriów. Zaznaczyć tu należy, że Dyrektor Śląskiego OW NFZ stosuje jednolite praktyki wynikające z Komunikatu Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ z dnia 3 lutego 2011 r. zgodnie z którym, aktami sprawy postępowania administracyjnego, które mogą być udostępnione w procedurze odwoławczej dotyczącej rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są: oferta odwołującego się, a także przejrzysta i pełna dokumentacja ukazująca zasady oceny ofert, ich punktacji oraz kryteria wyboru oferty najkorzystniejszej z wyłączeniem danych wrażliwych innych uczestników. Wobec powyższego oferty pozostałych świadczeniodawców biorących udział w postępowaniach konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o udostępnienie których wnioskowała strona, nie są aktami postępowania administracyjnego wszczętego na skutek wniesionego odwołania, w związku z czym nie mogą zostać udostępnione do wglądu na żadnym etapie postępowania (wyrok z dnia 16 marca 2011 r. Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie, sygn. akt II GSK 264/10).

Zauważyć należy, iż niewłaściwa pozostaje podnoszona przez Odwołującego kwestia długoletniego udzielania świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. Element ten nie ma wpływu na fakt wybrania bądź niewybrania oferty, bowiem nie znajduje on odzwierciedlenia w przepisach dotyczących kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które stanowią podstawę prawną pracy Komisji Konkursowej. Powołując się na wieloletnią współpracę z NFZ w ramach kontraktu Odwołujący powinien mieć na uwadze, że Komisja podjęła decyzję o niewybraniu oferty z uwagi na to, że Oferent znalazł się pod tzw. linią odcięcia z uwagi na uzyskaną liczbę punktów oceny.

W odniesieniu do zarzutu ograniczenia dostępu do świadczeń świadczeniobiorcom z powiatu żywieckiego, wyjaśniam, że Śląski Oddział Wojewódzki ogłosił konkurs na terenie całego województwa śląskiego nie ograniczając się do konkretnej lokalizacji danego zakładu. Poziom środków finansowych uniemożliwia zakontraktowanie usług/świadczeń zdrowotnych we wszystkich miejscowościach subregionu.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 68 w zw. z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1997, Nr 78, poz. 483) nie można podzielić stanowiska Skarżącego w tym zakresie. Zwrócić należy uwagę, że zgodnie ze zd. 2 ust. 2 art. 68 konstytucji warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa. Z konstytucyjnego prawa do powszechnej ochrony zdrowia i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji) nie wynika roszczenie świadczeniodawcy do zamawiającego, ponieważ warunki udzielania świadczeń

określa ustawa. W ujęciu konstytucyjnym zasada równego dostępu oznacza dostęp do opieki medycznej dla wszystkich obywateli niezależnie od wieku, zawodu, wykonywanej pracy itp. System ochrony zdrowia pozwala zatem każdemu na bezpłatną opiekę lekarską.

Odnosząc się do zarzutu braku szkoleń i działań informacyjnych ze strony Śląskiego OW NFZ wyjaśniam, że Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje do stosowania.

Nawiązując do wniosku Odwołującego o wszczęcie przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ postępowania wyjaśniającego celem zbadania, czy oferenci INTER – MED s.c. oraz Centrum Medyczne Sokrates s.c. nie dopuścili się naruszenia § 14 ust. 1 zarządzenia nr 46/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 września 2011 r. (z późn. zm.) w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej informuję, że Dział Kontroli Realizacji Umów Śląskiego OW NFZ w dniach 22-24 lutego 2012 r. przeprowadził u ww. świadczeniodawców kontrole nie stwierdzając nieprawidłowości.

W świetle powyższych okoliczności stwierdzić należy, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron. Takie postępowanie Komisji Konkursowej było zgodne z przepisami ustawy oraz Regulaminem pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przyjętym Uchwałą nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.

Postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania dokonując sprawdzenia złożonych ofert, w tym oferty Odwołującego. Działanie Komisji w tym zakresie było prawidłowe i oparte na obowiązujących przepisach prawa. Stwierdzić zatem należy, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłoby spowodować uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego.

Wobec powyższego przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 164, poz. 1027 z 2008 r. z późn. zm.) należało je oddalić.

Decyzji na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego, nadano rygor natychmiastowej wykonalności.

## **POUCZENIE**

W oparciu o art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 164, poz. 1027 z 2008 r. z późn. zm.) od niniejszej decyzji stronie przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

w Warszawie ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

**DYREKTOR**  
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach  
Dyrektor Śląskiego OW  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
w Katowicach  
*Zygmunt Kłosa*

**Otrzymują:**

- 1) Świadczeniodawca,
- 2) Wydział Organizacyjny a/a,
- 3) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy.