

Katowice, dnia 21.03.2018 r.

DYREKTOR
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Znak sprawy: **WOKS-I.422.28.2018**

Znak pisma: WOKS-I.W.100.KK.2018

DECYZJA Nr 12-1729/OD-26/WOKS/2018

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą oraz art. 104, 107 i 108 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1257), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez Elias Roman ADO-MED 2, ul. Stefana Batorego 19, 41-506 Chorzów, reprezentowanego przez radcę prawnego Arkadiusza Józwicka, ul. Radziwiłłowska 9/4, 31-026 Kraków, zwanego dalej „Odwołującym”, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.04.2018 r. do 30.09.2021 r., kod postępowania: 12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01, w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne, w zakresie chirurgia ogólna - zespół chirurgii jednego dnia, przy udziale stron:

1. Centrum Medyczne "Silesiana" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 41-808 Zabrze, Szybowa 2A
2. Spółka Lekarska ETNA - Tumułka i partnerzy, 44-304 Wodzisław Śląski, Armii Ludowej 1
3. Andrzej Konieczny, 44-280 Rydułtowy, Juliana Tuwima 4
4. EPIONE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 40-431 Katowice, Szopienicka 59
5. "PRIMUS" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 42-470 Brudzowice, Szkolna 12
6. SALUS AEGROTI MICHAŁ OLEJCZYK, JÓZEF DONOCIK SPÓŁKA JAWNA, 40-851 Katowice, Żelazna 1
7. SIGMA-BI Jacek Zamłyński Spółka Jawna, 41-902 Bytom, Leona Wyczółkowskiego 26/2

8. Spółka Cywilna "Inter - Med" Ewa Rogóż, Janusz Rogóż, 41-200 Sosnowiec, Kilińskiego 14/4
9. Andrzej Łyczba, 41-600 Świętochłowice, Katowicka 11

Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ orzeka:

1. **oddalić odwołanie,**
2. **nadać decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.**

UZASADNIENIE

W dniu 29.09.2017 r. Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy ogłosił prowadzone w trybie konkursu ofert postępowanie poprzedzające zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1.04.2018 r. do 30.09.2021 r., kod postępowania: 12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01, w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne, w zakresie chirurgia ogólna - zespół chirurgii jednego dnia na obszarze obejmującym powiaty będziński, gliwicki, mikołowski, pszczyński, raciborski, rybnicki, tarnogórski, bieruńsko-lędziński, wodzisławski, zawierciański, miasta Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jastrzębie-Zdrój, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Rybnik, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze, Żory. W ogłoszeniu podano wartość zamówienia nie większą niż 2 801.393,00 zł. Oferty w przedmiotowym postępowaniu należało złożyć w terminie do dnia 26.10.2017 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty. W postępowaniu ogółem złożono 20 ofert. Odwołujący ofertę nr 12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01/18/0403 złożył w terminie.

W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert oraz potwierdziła spełnienie przez 19 Oferentów wymagań określonych w przepisach prawa stwierdzając, że oferty braków formalnych nie zawierają. W części niejawnej postępowania, działając na podstawie art. 148 ustawy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 z późn. zm.), Komisja Konkursowa dokonała oceny ofert, w wyniku której oferta Odwołującego nie została wybrana. W dniu 23.02.2018 r. Komisja Konkursowa ogłosiła rozstrzygnięcie postępowania, dokonując wyboru 9 ofert.

Odwołujący złożył odwołanie w terminie, tj. 6.03.2018 r., podnosząc w nim następujące zarzuty:

- naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 148 ust. 1 w zw. z art. 147 w zw. z art. 142 ust. 5 pkt 1 w zw. z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez błędną ocenę punktową ofert i warunków spełnianych przez poszczególnych świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i w konsekwencji naruszenie zasady równego traktowania;

- naruszenie przepisów prawa materialnego art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach poprzez brak wskazania rozdziału środków z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu oraz rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń wobec świadczeniodawców wytypowanych do zawarcia umowy co w konsekwencji naruszyło obowiązek organu prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, bowiem uniemożliwiło weryfikację prowadzonego postępowania pod kątem wyczerpania i zrealizowania wartości zamówienia określonego w ogłoszeniu.

W uzasadnieniu do złożonego odwołania, Odwołujący nie podniósł dodatkowych zarzutów. Wyraził przy tym wolę poznania „kryteriów przedstawionych przez pozostałych Oferentów oraz zasady ich oceny przez organ i przyznanej punktacji”.

Do Stron 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. Z uprawnienia tego skorzystała strona "PRIMUS" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 42-470 Brudzowice, Szkolna 12 w dniach 9.03.2018 r. oraz 12.03.2018 r. nie wnosząc uwag.

Jednocześnie poinformowano, iż wydanie decyzji w niniejszej sprawie nastąpi do dnia 23.03.2018 r.

Rozpatrując odwołanie, należy podkreślić, że Dyrektor Oddziału bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję Konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się. Odwołujący wykazał i ma interes prawny we wniesieniu odwołania.

Oprócz wymagań wynikających z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, Oferenci przystępujący do postępowania winni, zgodnie z art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, spełnić w szczególności wymagania określone m.in. w:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 r. (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2295 z późn. zm.),
- Zarządzeniu Nr 71/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (ze zm.)
- Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z późn. zm.).

Ocena ofert w postępowaniu była dokonywana w oparciu o wskazane wcześniej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert

w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ogłoszenie o konkursie zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ. Nadto ich treść była dostępna dla świadczeniodawców na stronach internetowych zarówno Centrali NFZ, jak i Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Zgodnie z powyższym rozporządzeniem, oceny ofert dokonuje się według kryteriów: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Rozporządzenie wskazuje szczegółowo parametry kryteriów oceny, ich wagę w ocenie łącznej oraz dokładny sposób oceny oferty pod względem kryterium ceny. Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza co do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania.

W przedmiotowym postępowaniu zostało złożonych 20 ofert. W części jawnej Komisja Konkursowa dokonała oceny formalno-prawnej złożonych ofert, jak również przeprowadziła kontrole u 19 Oferentów biorących udział w postępowaniu. Kontrole zostały przeprowadzone u wszystkich Oferentów, których oferty nie zostały odrzucone a etapie kontroli formalnej ofert. Jedna oferta o nr 12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01/9/0403 została odrzucona z uwagi na niespełnianie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podst. art.146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Podczas kontroli upoważnieni przedstawiciele Komisji Konkursowej dokonali porównania danych zawartych w ofertach, dotyczących personelu, miejsca wykonywania świadczeń i zasobów sprzętowych ze stanem faktycznym, co zostało odnotowane w załącznikach do protokołów kontroli. W wyniku tej kontroli Komisja Konkursowa nie odrzuciła żadnej oferty.

19 ofert, jako spełniających wymagane warunki niezbędne dla realizacji wyżej wymienionego świadczenia, zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania. Podkreślić należy, że fakt spełniania wszystkich warunków określonych przepisami prawa, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, lecz pozwala na podstawie art. 148 ustawy na dokonanie jej oceny według powyżej wskazanych kryteriów. Wskazać należy, że kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Podstawą materialnoprawną weryfikacji spełniania przez Oferenta warunków wymaganych do realizacji świadczeń była treść rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2295), a podstawą weryfikacji spełniania przez Oferenta warunków kryterialnych (dodatkowo ocenianych) była treść rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2016 poz.1372 z późn. zm.).

Wszystkie oferty (także Odwołującego się) oceniane były według tych samych, określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach, kryteriów wyboru ofert, tj.:

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

Działając na podstawie § 17 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy Komisja Konkursowa wezwała Oferentów, w tym Odwołującego, do potwierdzenia prawidłowości udzielonych odpowiedzi ankietowych.

Wezwany do wyjaśnień, Odwołujący, nie wykazał spełnienia warunku dodatkowo ocenianego zawartego w pytaniu:

- 1.2.1.1 - SZPJ_9 *„Równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz specjalista w dziedzinie odpowiedniej do zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej”.*

Na wniosek Odwołującego z dnia 01.12.2017 r. Komisja Konkursowa dokonała zmiany odpowiedzi udzielonej na powyższe pytanie z odpowiedzi „TAK” na „NIE”, o czym Odwołujący został poinformowany pismem z 04.12.2017 r.

Celem potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonej ofercie ze stanem faktycznym i prawnym, u wszystkich Oferentów, biorących udział w postępowaniu, których oferty nie zostały odrzucone za nieuzupełnienie braków formalnych, została przeprowadzona weryfikacja w miejscach udzielania świadczeń wskazanych w złożonych ofertach.

Również u Odwołującego w dniu 30.11.2017 r. roku przeprowadzona została weryfikacja w miejscu realizacji świadczeń. Przedmiotowa weryfikacja miała na celu potwierdzenie prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonej ofercie w związku z postępowaniem konkursowym mającym na celu zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie: chirurgia ogólna - zespół chirurgii jednego dnia.

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji oraz w związku, ze złożonymi przez Odwołującego wyjaśnieniami Komisja Konkursowa na wniosek Oferenta z dnia 01.12.2017 r. dokonała zmiany odpowiedzi udzielonej na pytanie ankietowe 1.3.1.1. SZPJ_9 *„Co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych w oddziale szpitalnym przystosowane dla osób niepełnosprawnych”* z odpowiedzi „NIE” na odpowiedź „TAK”.

Techniczna zmiana udzielonych odpowiedzi ankietowych była konieczna, ponieważ ocenę oferty (punktację za poszczególne odpowiedzi ankietowe) generuje system wspomagający postępowanie konkursowe na podstawie udzielonych odpowiedzi (zawartych w elektronicznej wersji oferty). Wobec powyższego, ostatecznie Odwołujący uzyskał (0) punktów za odpowiedź na pytanie ankietowe nr 1.2.1.1. oraz uzyskał (1) punkt za odpowiedź na pytanie 1.3.1.1. Czynność ta była niezbędna dla oceny oferty i przypisania jej prawidłowej liczby punktów za udzielone odpowiedzi ankietowe. Uzyskana przez ofertę punktacja miała bowiem bezpośredni wpływ na pozycję Oferenta w rankingu otwarcia generowanym przez Komisję Konkursową w części niejawnego postępowania.

W toku prowadzonego postępowania Komisja po weryfikacji złożonych ofert w zakresie spełnienia warunków wymaganych oraz wskazanych w ofertach warunków dodatkowo ocenianych porównała oferty przy pomocy systemu informatycznego wspomagającego postępowanie konkursowe. Podkreślenia wymaga fakt, że ocena ofert oparta była na odpowiedziach udzielonych przez oferentów w ankietach złożonych w postępowaniu, a działanie systemu informatycznego służącego do obsługi postępowania konkursowego uniemożliwiało pominięcie któregokolwiek z kryteriów oceny w stosunku do wszystkich ofert uczestniczących w postępowaniu konkursowym. Jednocześnie taki sposób postępowania jest niezależny od woli Komisji Konkursowej, a jednocześnie gwarantuje równe traktowanie i możliwość uszeregowania ofert zgodnie z kolejnością uzyskanych punktów.

W postępowaniu 12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01 Komisja Konkursowa zaprosiła do negocjacji 10 spośród 19 Oferentów zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania. Odwołujący nie został zaproszony do negocjacji.

Wybór Oferentów do przeprowadzenia negocjacji dokonany został w oparciu o pozycję zajmowaną przez oferty w rankingu otwarcia. Zgodnie bowiem z postanowieniami art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach w części niejawnego konkursu ofert Komisja Konkursowa mogła:

- 1) wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach (tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny) lub
- 2) nie dokonać wyboru żadnej oferty, jeżeli nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Zestawienie wskazanych powyżej regulacji prawnych prowadzi do wniosku, że przeprowadzenie negocjacji z Oferentami na zasadach określonych w art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach jest w istocie uprawnieniem, a nie obowiązkiem Komisji Konkursowej.

Z postanowień art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach wprost wynika, że przedstawienie najkorzystniejszej oferty pod względem niecenowych kryteriów wyboru ofert jest przesłanką wyboru oferty do przeprowadzenia procesu negocjacji, a zgodnie z art. 142 ust. 7 ustawy

o świadczeniach Komisja Konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma Oferentami, o ile w konkursie ofert bierze udział więcej niż jeden Oferent.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 z późn. zm.) wydane na podstawie delegacji ustawowej zawartej w art. 139 ust. 9 ustawy o świadczeniach wyraźnie doprecyzowuje, że do negocjacji zaprasza się Oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia (§15 ust. 1), a do negocjacji kwalifikuje się Oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych.

Biorąc powyższe pod uwagę, Komisja Konkursowa podjęła decyzję o zaproszeniu na spotkanie negocjacyjne 10 Oferentów, których oferty uzyskały w rankingu otwarcia wysoką łączną ocenę oferty na podstawie kryteriów niecenowych i jednocześnie wyczerpały wartość postępowania. Wskazać tutaj należy, że Odwołujący uzyskał za kryteria niecenowe 36,50 pkt.

Oferenci wybrani do negocjacji za kryteria niecenowe uzyskali 59,50 pkt, 58,50 pkt, 53,00 pkt, 53,00 pkt, 50,50 pkt, 50,50 pkt, 47,50 pkt, 45,50 pkt, 44,00 pkt, 43,50 pkt. Jednocześnie zauważyć trzeba, iż zmiana przez Odwołującego ceny podczas ewentualnych negocjacji nie poprawiłaby jego pozycji w rankingu, gdyż za kryterium cenowe Oferent uzyskał maksymalną możliwą do uzyskania liczbę punktów tj. 20 pkt. Podkreślić należy, że oferta Odwołującego była mniej korzystna w stosunku do Oferentów wyłonionych do realizacji świadczeń pod względem kryteriów niecenowych, uzyskując za poszczególne kryteria mniejszą liczbę punktów.

Komisja Konkursowa przyjęła wskaźniki jednolite dla wszystkich postępowań, których celem było ustalenie, po przejściu oferty do części niejawnej postępowania, propozycji ilościowo – wartościowej w aspekcie złożonej oferty. W związku z powyższym, Komisja Konkursowa dokonała analizy oferowanej liczby i ceny świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście potencjału wykonawczego Oferentów (liczba łóżek ustalona została w oparciu o rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą) oraz danych ujętych w realizowanych w 2017 r. umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (plan umów, rzeczywiste wykonanie świadczeń, średnia wartość przypadająca na 1 łóżko w zakresie świadczeń). Do ustalania zasad limitowania w ramach wszystkich zakresów świadczeń zostały uwzględnione następujące wskaźniki:

- roczna (za 2017 r. według stanu danych na dzień 09.01.2018 r.) wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. trybie, odrębnie w poszczególnych zakresach (globalnie do zakresu i indywidualnie dla danego świadczeniodawcy),

- roczne (za 2017 r. według stanu danych na dzień 09.01.2018 r.) rzeczywiste wykonanie świadczeń, odrębnie w poszczególnych zakresach (globalnie do zakresu i indywidualnie dla danego świadczeniodawcy),
- liczba łóżek świadczeniodawców realizujących świadczenia w 2017 r. w ww. trybie,
- liczba łóżek nowych podmiotów leczniczych, którzy złożyli oferty w postępowaniach.

W oparciu o dane dotyczące rzeczywistego wykonania świadczeń w 2017 r. oraz liczby łóżek obliczono średnią wartość świadczeń przypadającą na 1 łóżko na kwartał (wartość ogłoszonych postępowań została kreślona na jeden kwartał). Przygotowując propozycje wartości do negocjacji liczbowo – wartościowych Komisja Konkursowa przyjęła następujące założenia i wskaźniki:

- wartość tzw. bazowa dla oferty, określona została jako iloczyn średniej wartości na 1 łóżko na kwartał oraz liczby łóżek dla danego miejsca realizacji świadczeń,
- wskaźnik za pozycję oferty zajmowaną w rankingu po negocjacjach cenowych (% za liczbę pkt w oparciu o ranking po negocjacjach cenowych),
- wskaźnik dla nowych miejsc udzielania świadczeń (70% wartości bazowej, pozostałe oferty 100% wartości bazowej) – z uwagi na brak kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń w danym zakresie w sytuacji nowych miejsc realizacji świadczeń,
- wskaźnik uwzględniający dostęp do świadczeń (kompleksowość, dodatkowe wymagania wobec podmiotów leczniczych – dodatkowo 10% wartości bazowej dla zakresu skojarzonego dotyczącego świadczeń związanych z leczeniem zaćm),
- wskaźnik uwzględniający oferowany harmonogram pracy (% gradacja w odniesieniu do oferowanego przez poszczególne podmioty lecznicze tygodniowego harmonogramu czasu pracy),
- wskaźnik uwzględniający większą średnią wartość zrealizowanych świadczeń na 1 łóżko na kwartał (wartość na 1 łóżko u Oferenta wyższa od średniej dla zakresu na podstawie rzeczywistego wykonania – wskaźnik obliczony do wartości bazowej % maksymalnie dodatkowo 50% wartości bazowej) – większa liczba realizowanych świadczeń, krótsze planowane hospitalizacje, specjalizacja w danym zakresie świadczeń, możliwa entropia świadczeń w ramach umowy.

W sytuacji, gdy obliczona wartość dla poszczególnych miejsc realizacji świadczeń w danym postępowaniu znacznie odbiegała od wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym Komisja Konkursowa po zbadaniu w jakim stopniu świadczeniodawca realizował kontrakt wprowadziła wskaźnik ograniczający możliwość przeszacowania kontraktu (maksymalnie 220 % rzeczywistego wykonania świadczeń).

Oferenci wyłonieni do realizacji świadczeń złożyli oferty na wartość wyczerpującą kwotę postępowania. Zaproponowana przez nich liczba świadczeń, po dokonaniu analizy w zakresie posiadanego potencjału oraz dotychczasowej dynamiki realizacji świadczeń, uznana została za realną do zrealizowania.

Wybór ofert do zawarcia umów dokonany został w oparciu o pozycję zajmowaną przez oferty w rankingu końcowym. Komisja dokonała wyboru Oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania wartości zamówienia, mając na uwadze brak możliwości przekroczenia wartości postępowania. Ranking końcowy przedstawiał się następująco:

Lp	Pozycja w rankingu	Pozycja w rankingu otwarcia	Kod oferty	Nazwa świadczeniodawcy	Punkty za ofertę cenową	Punkty razem za niecenowe kryteria	Punkty łącznie	Spełnia wymagania bezwzględne	Status negocjacji
1	1	1	12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01/13/0403	PRIMUS Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20	59,5	79,5	Tak	zbieżne ostateczne
2	2	2	12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01/15/0403	SIGMA-BI Jacek Zamłyński Spółka Jawna	20	58,5	78,5	Tak	zbieżne ostateczne
3	3	3	12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01/1/0403	Centrum Medyczne Silesiana Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20	53	73	Tak	zbieżne ostateczne
4	4	4	12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01/10/0403	EPIONE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20	53	73	Tak	zbieżne ostateczne
5	5	8	12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01/14/0403	SALUS AEGROTI MICHAŁ OLEJCZYK, JÓZEF DONOČIK SPÓŁKA JAWNA	20	50,5	70,5	Tak	zbieżne ostateczne

6	6	5	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/4/0403	Andrzej Konieczny	20	50,5	70,5	Tak	zbieżne ostateczne
7	7	9	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/19/0403	Andrzej Łyczba	20	47,5	67,5	Tak	zbieżne ostateczne
8	8	10	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/17/0403	Spółką Cywilną "Inter – Med" Ewa Rogóż, Janusz Rogóż	20	45,5	65,5	Tak	zbieżne ostateczne
9	9	6	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/2/0403	Spółka Lekarska ETNA - Tumułka i partnerzy	20	44	64	Tak	zbieżne ostateczne
10	10	7	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/12/0403	NEFROLUX Lucjan Sobieraj, Wojciech Kamiński Sp.J.	20	43,5	63,5	Tak	zbieżne ostateczne
<u>11</u>	<u>11</u>	<u>11</u>	<u>12-18-000010/LSZ/03/1/0</u> <u>3.4500.032.02/01/18/0403</u>	<u>Roman Elias</u>	<u>20</u>	<u>36,5</u>	<u>56,5</u>	<u>Tak</u>	
12	12	12	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/20/0403	Twoje Zdrowie - Lekarze Specjaliści Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w upadłości układowej	20	36,5	56,5	Tak	
13	13	13	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/8/0403	MEDICUS Centrum Medyczne Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20	34	54	Tak	

14	14	14	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/1 6/0403	Ultrasonografia Wieloprofilowa Pracownia Diagnostyczno- Lekarska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20	27	47	Tak
15	15	15	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/5 /0403	Centrum Medyczne INMEDICO sp. z o.o.	20	21	41	Tak
16	16	16	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/6 /0403	„PRO-FEMINA” Piotr Piech i in. Spółka Jawna	15	22,5	37,5	Tak
17	17	17	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/1 1/0403	AVIMED Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	11	20	31	Tak
18	18	18	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/7 /0403	KATOWICKIE CENTRUM ONKOLOGII	10	20,5	30,5	Tak
19	19	19	12-18-000010/LSZ/03/1/0 3.4500.032.02/01/3 /0403	ULTRA-MED-STREFA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	20	9	29	Tak

Określona w ogłoszeniu wartość postępowania 2 801 393 zł pozwoliła na wybór 9 ofert. Oferta złożona przez Odwołującego nie została wybrana ponieważ uzyskana łączna liczba punktów w rankingu wynosząca 56,50 pkt (w tym kryteria niecenowe 36,50 pkt, kryterium cenowe 20 pkt) była niższa od pozostałych wybranych ofert (79,50 pkt, 78,50 pkt, 73,00 pkt, 73,00 pkt, 70,50 pkt, 70,50 pkt, 67,50 pkt, 65,50 pkt, 64,00 pkt), które znalazły się w przedmiotowym rankingu i które to oferty wyczerpały wartość postępowania, po przeprowadzonych negocjacjach. Stąd nie było uzasadnienia by zaprosić do negocjacji kolejnego w rankingu Oferenta w trybie określonym § 15 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy.

Odnosząc się do zarzutu błędnej oceny punktowej ofert i warunków spełnianych przez poszczególnych świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i w konsekwencji naruszenie zasady równego traktowania należy wskazać, że zgodnie z treścią art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie zasad uczciwej konkurencji. W toku postępowania wszystkie wymagania, wyjaśnienia, dokumenty, sposób przeprowadzania wizytacji Oferentów oraz dokonywana przez Komisję Konkursową ocena ofert odbywały się na tych samych zasadach w stosunku do każdego z Oferentów. Komisja Konkursowa dokonała weryfikacji wszystkich złożonych ofert w oparciu o warunki wymagane określone w aktach prawa powszechnie obowiązującego oraz zarządzeniach Prezesa NFZ, wskazanych w szczególności w ogłoszeniu nr 12-18-000010/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01 o postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert, ogłoszonym w dniu 29 września 2017 r. Należy w tym miejscu podkreślić, że Komisja Konkursowa dokonała weryfikacji wszystkich złożonych ofert w jednolity i transparentny sposób, a więc z poszanowaniem zasad równego traktowania. Cenowe oraz niecenowe kryteria oceny ofert zostały określone w akcie prawnym powszechnie obowiązującym tj. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 z późn. zm.). Tym samym Komisja Konkursowa była nimi bezwzględnie związana, co oznacza, że nie mogła dokonywać oceny ofert według swojego uznania, a w szczególności poprzez stosowanie innych niż wymienione w rozporządzeniu kryteriów oceny. Podkreślenia wymaga fakt, że Odwołujący nie wskazał na czym miałyby polegać błędna ocena przez Komisję Konkursową ofert w niniejszym postępowaniu.

Ponadto przepisy formułujące na potrzeby postępowania konkursowego w trybie ustawy o świadczeniach zasadę równego traktowania oraz zasadę uczciwej konkurencji mają charakter procesowy. Stanowią pewien wzorzec zachowania organu i swoistą gwarancję jego dochowania przy prowadzeniu postępowania konkursowego. Jednocześnie też, należy zauważyć, że stanowią one ogólną regułę nałożoną na całe postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, tzn. że nie mają charakteru samoistnego. W tym kontekście wskazanie Odwołującego na naruszenie art. 147 ustawy o świadczeniach w sytuacji, gdy wszystkie podstawy prawne udziału w postępowaniu były jawne i wyraźnie wskazane, Odwołujący oświadczył, że się z nimi zapoznał i przyjmuje je do wiadomości oraz nie uległy zmianie w toku postępowania, nie zasługuje na uznanie. Podobnie wskazanie naruszenia art. 148 ust. 1 w sytuacji, gdy całość wymienionych tam kryteriów znajduje się w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie delegacji ustawowej z art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach, budzić może zdziwienie. Kryteria wymienione w rozporządzeniu w formie tabelarycznej pozwalają Oferentowi nawet przed przystąpieniem do postępowania ocenić ile punktów otrzyma za swoją ofertę, biorąc pod uwagę spełniane kryteria dodatkowo oceniane. Komisja

Konkursowa nie ma uprawnienia do zmiany wartości liczbowych za poszczególne kryteria; Oferenci spełniając te same kryteria dostawali taką samą liczbę punktów. Nie stoi z ww. okolicznościami w sprzeczności fakt, iż Komisja Konkursowa dokonuje na podstawie art. 142 ust. 5 pkt 1 wyboru jednej lub większej ilości ofert najkorzystniejszej pod względem zdobytej ilości punktów.

Nie sposób też pominąć faktu, iż Odwołujący na własnym przykładzie odczuł, że działanie Komisji Konkursowej nastawione jest na potwierdzenie zgodności oferty ze stanem rzeczywistym i dopiero następnie jej ocenę, gdyż Komisja Konkursowa zadziałała zarówno *in minus* dla Odwołującego, co opisano wyżej, jak i *in plus*, co także zostało opisane powyżej, a co polegało na dostrzeżeniu przez zespół weryfikujący w trakcie sprawdzania miejsca udzielania świadczeń pomieszczenia sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, którego Odwołujący w ofercie nie wskazał. Powyższe sytuacje to najlepszy dowód, na dochowanie przez Komisję Konkursową należytej staranności, zasad uczciwej konkurencji i równego traktowania.

W odniesieniu do zarzutu braku wskazania rozdziału środków z uwzględnieniem maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu oraz rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń wobec świadczeniodawców wytypowanych do zawarcia umowy co miało naruszyć zachowanie uczciwej konkurencji i uniemożliwić weryfikację prowadzonego postępowania pod kątem wyczerpania i zrealizowania wartości zamówienia wskazać należy ponownie, że zasada ta nie może być odczytywana w oderwaniu od przepisów ustawy formułujących szczegółowo podejmowane przez Komisję Konkursową czynności. Zaś art. 142 ust 1 ustawy o świadczeniach jednoznacznie wskazuje, że część postępowania konkursowego ma charakter niejawny. Jednocześnie art. 151 ust. 4 ustawy określa, że w ogłoszeniu o rozstrzygnięciu konkursu ofert mają się znaleźć nazwa lub imię i nazwisko oferenta, siedziba lub miejsce zamieszkania oraz adres wybranego świadczeniodawcy. Organ nie ma obowiązku informować w ogłoszeniu o tym w jakim stosunku zostały rozdzielone środki finansowe oraz na jaką sumę opiekują wybrane oferty. Odwołujący mógł zapoznać się z aktami niniejszego postępowania, o czym został skutecznie poinformowany pismem z dnia 7 marca 2018 r. informującym o wszczęciu niniejszego postępowania. Odwołujący z uprawnienia tego jednak nie skorzystał. Celem podsumowania jednak wskazać należy, iż wartość postępowania opiekująca na kwotę 2 801.393,00 zł została wyczerpana, a pozostała wartość (0,25 zł) nie pozwoliła na wybór kolejnej oferty.

Zasady, według których prowadzone było przedmiotowe postępowanie określone są wprost w ustawie oraz wskazanych wcześniej aktach wykonawczych Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ. Komisja Konkursowa w ramach postępowania konkursowego stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu. Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim oferentom na tych samych zasadach, dostępne były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Taki sposób udostępnienia materiałów umożliwiał

zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów. W świetle powyższych okoliczności należy uznać, że postępowanie Komisji Konkursowej w żaden sposób nie naruszało zasady równości stron.

W konsekwencji stwierdzić należy, że postępowanie wyjaśniające wywołane wniesionym odwołaniem nie wykazało, by Komisja Konkursowa naruszyła zasady postępowania nie dokonując wyboru 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 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłyby 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 należało je oddalić jak w sentencji decyzji.

Ze względu na ochronę zdrowia lub życia ludzkiego w związku z koniecznością zapewnienia świadczeń w obszarze zabezpieczenia i zawarcia umowy w tym względzie, decyzji nadano rygor natychmiastowej wykonalności na podstawie art. 108 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

POUCZENIE

W oparciu o art. 154 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), od niniejszej decyzji Stronom przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który wnosi się do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

Alternatywnie, na podstawie art. 127a, w zw. z art. 127§ 3 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego stosowanym odpowiednio stronie przysługuje:

- prawo zrzeczenia się prawa wniesienia do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy; Oświadczenie o zrzeczeniu należy złożyć do Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Z dniem doręczenia Dyrektorowi Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania przez ostatnią ze stron postępowania, decyzja staje się ostateczna i prawomocna;
- albo na podstawie art. 52 § 3, art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1369 z późn. zm.) stronie przysługuje prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach, z pominięciem wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia. Na podstawie art. 211, art. 212 § 1, art. 214, art. 219 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi oraz na podstawie § 2 pkt 6 rozporządzenia Rady

Ministrów z dnia 16 grudnia 2003 r. w sprawie wysokości oraz szczegółowych zasad pobierania wpisu w postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2003 r., Nr 221, poz. 2193 z późn. zm.) strona jest zobowiązana uiścić wpis stały od skargi w wysokości 200 złotych bezpośrednio na rachunek bankowy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach lub uiścić gotówką do kasy Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach. Końcówki opłat zaokrąglą się wzwyż do pełnych złotych. Jeśli strona spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o zwolnienie od kosztów albo przyznanie prawa pomocy.

Z upoważnienia Dyrektora
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ZASTĘPCA DYREKTORA
DS. EKONOMICZNO-FINANSOWYCH

Ewa Kobza

Dyrektor Śląskiego OW
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach

Otrzymują:

- 1) Arkadiusz Józwiak, ul. Radziwiłłowska 9/4, 31-026 Kraków, radca prawny reprezentujący Romana Eliasa, 41-506 Chorzów, Stefana Batorego 19
- 2) Centrum Medyczne "Silesiana" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 41-808 Zabrze, Szybowa 2A
- 3) Spółka Lekarska ETNA - Tumulka i partnerzy, 44-304 Wodzisław Śląski, Armii Ludowej 1
- 4) Andrzej Konieczny, 44-280 Rydułtowy, Juliana Tuwima 4
- 5) EPIONE Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 40-431 Katowice, Szopienicka 59
- 6) "PRIMUS" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 42-470 Brudzowice, Szkolna 12
- 7) SALUS AEGROTI MICHAŁ OLEJCZYK, JÓZEF DONOCIK SPÓŁKA JAWNA, 40-851 Katowice, Żelazna 1
- 8) SIGMA-BI Jacek Zamłyński Spółka Jawna, 41-902 Bytom, Leona Wyczółkowskiego 26/2
- 9) Spółka Cywilna "Inter - Med" Ewa Rogóż, Janusz Rogóż, 41-200 Sosnowiec, Kilińskiego 14/4
- 10) Andrzej Łyczba, 41-600 Świętochłowice, Katowicka 11
- 11) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w miejscu
- 12) Wydział Ekonomiczno-Finansowy i Współpracy Międzynarodowej w miejscu
- 13) Wydział Organizacyjny, Kadr i Szkoleń w miejscu a/a