

Znak: WO.422.5.2017
WO.RT

Zielona Góra, dnia 07 lipca 2017 roku

DECYZJA Nr 7 /2017/KO**Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze****z dnia 07 lipca 2017 roku.**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.), w związku z art. 107 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez „Agia Medica” sp. z o.o. z siedzibą w Czerwieńsku przy ul. Zielonogórskiej 30, zwaną dalej „Oferentem”, od rozstrzygnięcia postępowania nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, prowadzonego w trybie konkursu ofert na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna, w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym, na obszarze powiatu wschowskiego, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - **oddalił odwołanie Oferenta.**

UZASADNIENIE

Zarządzeniem nr 74/2017 w sprawie ogłoszenia uzupełniających konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2017-2022 w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił w dniu 17 maja 2017 r. postępowanie w trybie konkursu ofert, na zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna, w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym, na obszarze powiatu wschowskiego. Postępowanie to prowadzone było pod numerem: 04-17-000165/OPH/ 15/1/15.2180.027.02/01.

W ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert wskazano, iż wartość zamówienia wynosi nie więcej niż 138 000,00 PLN - na okres rozliczeniowy od dnia 1 lipca 2017 roku do dnia 31 grudnia 2017 roku, zaś maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania - to jedna umowa. Ponadto, w przedmiotowym ogłoszeniu Zamawiający wskazał, że umowa z jednym oferentem zostanie zawarta na okres od 1 lipca 2017 roku do 30 czerwca 2022 roku.

Szczegółowe warunki wymagane od oferentów oraz warunki udzielania świadczeń, objętych przedmiotem postępowania, ustalone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2013r., poz. 1347) oraz w Zarządzeniu Nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna (ze zmianami). Natomiast kryteria oceny ofert określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016, poz. 1372 ze zm.).

W ramach ogłoszonego postępowania oferty złożyli:

- Agia Medica Spółka z o.o., ul. Zielonogórska 30, 66-016 Czerwieńsk,
- Nowy Szpital we Wschowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Ks. Kostki 33/1, 67-400 Wschowa.

Obie oferty zostały złożone w terminie.

W części jawnej prowadzonego postępowania Komisja konkursowa, powołana zarządzeniem nr 75/2017 przez Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, odrzuciła ofertę numer 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/2/0415 złożoną przez Agia Medica Spółka z o.o. Powodem odrzucenia tej oferty było niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy. Na czynność odrzucenia oferty nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/2/0415 protest złożył Oferent Agia Medica Spółka z o.o. Protest ten nie został uwzględniony przez Komisję konkursową.

Do części niejawnej postępowania konkursowego Komisja zakwalifikowała Nowy Szpital we Wschowie Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością. W ramach części niejawnej postępowania konkursowego Komisja przeprowadziła negocjacje z Oferentem Nowym Szpitalem we Wschowie Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością.

Zarządzeniem nr 104/2017 z dnia 12.06.2017 r. Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zmienił termin rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania konkursowego, poprzez wyznaczenie nowego terminu na dzień 23.06.2017 r.

W dniu 23.06.2017 r. Komisja konkursowa dokonała rozstrzygnięcia postępowania nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, poprzez dokonanie wyboru Oferenta Nowy Szpital we Wschowie Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, który złożył ofertę nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/1/0415.

Od powyższego rozstrzygnięcia odwołanie w dniu 30.06.2017 r. wniósł Oferent - Agia Medica sp. z o.o. z siedzibą w Czerwieńsku. Odwołanie to zostało wniesione w ustawowym terminie. W odwołaniu Oferent podniósł zarzut naruszenia przez Zamawiającego podstawowej zasady każdego postępowania konkursowego, tj. nie dokonania wyboru oferenta, który w najlepszym stopniu gwarantuje realizację usług. W uzasadnieniu odwołania Oferent podkreślił, że Komisja konkursowa źle zinterpretowała oświadczenie przedstawiciela Oferenta złożone w protokole kontroli z dnia 09.06.2017r., iż w trakcie kontroli Oferent okazał cały sprzęt będący w jego posiadaniu. Zdaniem Oferenta, oświadczenie złożone przez jego przedstawiciela oznacza jedynie, że był to cały sprzęt znajdujący się w dniu kontroli w miejscu jej przeprowadzania,

a w konsekwencji nie oznacza to, że Oferent nie posiada innego sprzętu. Oferent podkreślił, że interpretacja oświadczenia, które zostało złożone przez jego przedstawiciela w wyniku zakończenia kontroli w dniu 09.06.2017 r., nie może odbywać się z pominięciem oświadczenia Oferenta z dnia 26 maja 2017 r. Ponadto, Oferent podkreślił, że zakup dokonany przez niego w dniu 11 czerwca 2017 r., tj. po zakończeniu kontroli, miał jedynie na celu dodatkowo upewnić NFZ, że Oferent dysponuje sprzętem i gwarantuje poprawne wykonywanie umowy. W ocenie Oferenta, Komisja konkursowa nie wskazała również podstawy prawnej, w oparciu o którą odrzuciła jego ofertę.

Uzasadniając swój interes prawny Odwołujący się wskazał, że jego oferta została bezpodstawnie odrzucona, w konsekwencji Oferent został pozbawiony możliwości zawarcia umowy z Zamawiającym. Zdaniem Oferenta, jego oferta była ofertą najkorzystniejszą.

Pismami z dnia 03 lipca 2017 r. obaj oferenci zostali zawiadomieni o wszczęciu postępowania administracyjnego, wskutek złożenia przedmiotowego odwołania, oraz o przysługującym im prawie do zapoznania się z aktami sprawy do dnia 06 lipca 2017 r. w siedzibie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Zielonej Górze. Z prawa tego skorzystał Oferent - Agia Medica" sp. z o.o. z siedzibą w Czerwieńsku, której przedstawiciel zapoznał się z aktami sprawy w dniu 05.07.2017 r.

Po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez Oferenta - Agia Medica sp. z o.o. z siedzibą w Czerwieńsku, Dyrektor Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Dyrektorem Oddziału”, zważył, co następuje:

Na podstawie przepisu art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ww. ustawy. Zgodnie z przepisem art. 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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 (ust. 1). Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia (ust. 2). Po 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 (ust. 3).

Odnosząc się do zarzutów podniesionych przez Oferenta, Dyrektor Oddziału stwierdza, co następuje.

Szczegółowe warunki wymagane od oferentów oraz warunki udzielania świadczeń, objętych przedmiotem postępowania, ustalone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej

i hospicyjnej (Dz.U. z 2013r., poz. 1347) oraz w Zarządzeniu Nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna (ze zmianami). Natomiast kryteria oceny ofert określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 roku w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016, poz. 1372 ze zm.).

Przedstawione powyżej dokumenty określają kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców, które miały zastosowanie w zakończonym postępowaniu konkursowym. Dokumenty te zostały wskazane w ogłoszeniu o konkursie ofert.

Na podstawie przepisu art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 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.

Stosownie do treści art. 148 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 3 pkt 11 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, oceny ofert dokonywano się według następujących kryteriów (w nawiasach podano liczbę punktów możliwą do uzyskania przez oferentów):

1. Kompleksowość:

- 1.1.1 Realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym (4 punkty).
- 1.1.2 Realizacja umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej (4 punkty).

2. Jakość:

2.1 Personel:

2.1.1. Czas pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej:

- co najmniej 50 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych (10 punktów);
- co najmniej 75% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych (15 punktów);
- żadna z powyższych odpowiedzi (0 punktów).

- 2.1.2 Lekarze z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych:
- tak (10 punktów);
 - nie (0 punktów).
- 2.1.3 Fizjoterapeuta-równoważnik co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców:
- tak (6 punktów);
 - nie (0 punktów).
- 2.1.4 Czas pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej:
- co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych (5 punktów);
 - co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych (10 punktów);
 - żadna z powyższych (0 punktów).
- 2.1.5 Pielęgniarki z co najmniej 5 - letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych:
- tak (10 punktów);
 - nie (0 punktów).
- 2.1.6 Specjalista psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny, lub psycholog, lub psychoonkolog – co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców:
- tak (3 punkty);
 - nie (0 punktów).
- 2.2 Jakość - Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości. Maksymalna suma punktów ujemnych: 15;
- 2.2.1 Brak aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli:
- tak (-1 punkt);
 - nie (0 punktów).
- 2.2.2 Brak sprzętu i wyposażenia wskazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli:
- tak (-1 punkt);
 - nie (0 punktów).
- 2.2.3 Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych:
- tak (-1 punkt);
 - nie (0 punktów).
- 2.2.4 Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia-tylko na podstawie kontroli:
- tak (-1 punkt);
 - nie (0 punktów).
- 2.2.5 Obciążanie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 Ustawy:
- tak (-2 punkty);
 - nie (0 punktów).

2.2.6 Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy:

- tak (-2 punkty);
- nie (0 punktów).

2.2.7 Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli:

- tak (-2 punkty);
- nie (0 punktów).

2.2.8 Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach:

- tak (-2 punkty);
- nie (0 punktów).

2.2.9 Udzielenie świadczeń przez osoby i kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli:

- tak (-1 punkt);
- nie (0 punktów).

2.2.10 Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie-tylko na podstawie kontroli:

- tak (-2 punkty);
- nie (0 punktów).

1.2.3. Jakość - pozostałe warunki.

1.2.3.1 Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością:

- tak (1 punkt);
- nie (0 punktów).

1.3. Ciągłość. Maksymalna suma punktów: 10.

1.3.1.1 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 5 lat:

- tak (5 punktów);
- nie (0 punktów).

1.3.1.2 W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie:

- tak (5 punktów);
- nie (0 punktów).

1.4. Warunki wymagane:

1.4.1.1. W okresie związania ofertą 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;

- tak (0 punktów);
- nie (udzielenie odpowiedzi „nie” skutkowało dyskwalifikacją oferty).

1.5 Inne.

1.5.1.1 Współpraca z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania:

- tak (2 punkty);
- nie (0 punktów).

1.6 Cena. Obliczona zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 17 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert (maksymalnie 25 punktów) - oceniana poprzez porównanie ceny oferowanej przez oferenta lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji z ceną oczekiwaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy

W tym miejscu należy podkreślić, że zgodnie z postanowieniami załącznika nr 17 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- podstawą do oceny kryterium ceny jest porównanie ceny oferowanej przez oferenta z ceną oczekiwaną przez Fundusz,
- ceną oczekiwaną przez Fundusz jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie wskazana przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

$$A \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = s \end{cases}$$

$$B \begin{cases} C_{of} \geq C_{min} \\ y_c = \frac{s(C_{maks} - C_{of})}{C_{maks} - C_{min}} \end{cases}$$

gdzie:

y_c – liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny

$$C_{maks} = 1,1 \times C_{NFZ}$$

$$C_{min} = 0,9 \times C_{NFZ}$$

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta

C_{NFZ} - cena oczekiwana

s - maksymalna liczba punktów oceny w zakresie kryterium ceny określona dla przedmiotu postępowania,

A – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} < C_{min}$,

B – stosuje się w przypadku gdy $C_{of} \geq C_{min}$.

Należy podkreślić, że zarówno postępowanie w formie konkursu ofert, jak i postępowanie w trybie rokowań, jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji. Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu - klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty, mieści w sobie porównywanie ofert świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu.

Z uwagi na fakt, iż oferta nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/2/0415 - złożona przez Agia Medica Spółka z o.o., została odrzucona przez Komisję konkursową, a wniesiony na tą czynność protest nie został uwzględniony, ostatecznej ocenie podlegała jedynie oferta nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/1/0415 – złożona przez Nowy Szpital we Wschowie Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

OFERENT NOWY SZPITAL WE WSCHOWIE SP. Z O.O.:

w zakresie kryterium kompleksowości:

- zadeklarował realizację umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w zakresie: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, **za co otrzymał 4 punkty**;
- nie zadeklarował realizacji umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, **za co nie otrzymał punktów**;

w zakresie kryterium jakości:

- nie zadeklarował czasu pracy lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej, w wymiarze co najmniej 50 % lub co najmniej 75 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych, **za co nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował lekarzy z co najmniej 5 - letnim doświadczeniem w opiece paliatywnej i hospicyjnej - co najmniej 30 % czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego, **za co nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował fizjoterapeuty w równoważniku co najmniej 1/4 etatu na 15 świadczeniobiorców, **za co nie otrzymał punktów**;
- nie zadeklarował czasu pracy pielęgniarek z ukończoną specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej - co najmniej 25% lub co najmniej 50% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, **za co nie otrzymał punktów**;
- zadeklarował pielęgniarki z co najmniej 5 - letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w hospicjum domowym dla dorosłych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek hospicjum domowego dla dorosłych, **za co otrzymał 10 punktów**;
- nie zadeklarował specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego, lub psychologa, lub psychoonkologa - co najmniej 1/4 etatu na 30 świadczeniobiorców, **za co nie otrzymał punktów**;

w zakresie kryterium jakości - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości:

- nie zadeklarował braku aktualnego przeglądu serwisowego sprzętu medycznego i pomocniczego do wykonania świadczenia - tylko na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował braku sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował niezasadnego ordynowania leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia - tylko na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował obciążania świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach, co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował pobierania nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy, co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował przedstawienia danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - na podstawie kontroli - co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach, co **nie skutkowało odjęciem punktów**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń przez osoby o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - na podstawie kontroli, co **nie skutkowało odjęciem punktu**;
- nie zadeklarował udzielenia świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli - co **nie skutkowało odjęciem punktów**;

w zakresie pozostałych warunków ocenianych:

- zadeklarował posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, za co **otrzymał 1 punkt**.

w zakresie kryterium ciągłości:

- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od 5 lat, za co **otrzymał 5 punktów**;
- zadeklarował, że w dniu złożenia oferty realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie, za co **otrzymał 5 punktów**;

w zakresie innych warunków ocenianych:

- nie zadeklarował współpracy z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31 Ic ust. 4 ustawy, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania, za co **nie otrzymał punktów**;

w zakresie kryterium ceny:

- zaoferował cenę jednostki rozliczeniowej w kwocie 50,00 zł, za co **otrzymał 12,500 punktów**.

W odwołaniu Oferent podniósł zarzut naruszenia przez Zamawiającego podstawowej zasady każdego postępowania konkursowego, tj. nie dokonania wyboru oferenta, który w najlepszym stopniu gwarantuje realizację usług. W uzasadnieniu odwołania Oferent podkreślił, że Komisja konkursowa źle zinterpretowała oświadczenie przedstawiciela Oferenta złożone w protokole kontroli z dnia, iż w trakcie kontroli Oferent okazał cały sprzęt będący w jego posiadaniu. Zdaniem Oferenta, oświadczenie złożone przez jego przedstawiciela oznacza jedynie, że był to cały sprzęt znajdujący się w dniu kontroli w miejscu jej przeprowadzania, a w konsekwencji nie oznacza to, że Oferent nie posiada innego sprzętu. Oferent podkreślił, że interpretacja oświadczenia, które zostało złożone przez jego przedstawiciela w wyniku zakończenia kontroli w dniu 9 czerwca 2017 r., nie może odbywać się z pominięciem oświadczenia Oferenta z dnia 26 maja 2017 r. Ponadto, Oferent podkreślił, że zakup dokonany przez niego w dniu 11 czerwca 2017 r., tj. po zakończeniu kontroli, miał jedynie na celu dodatkowo upewnić NFZ, że Oferent dysponuje sprzętem i gwarantuje poprawne wykonywanie umowy. Ponadto, Komisja nie może pomijać w swoich ustaleniach, że Oferent obecnie aktywnie realizuje 3 umowy w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Tym samym, zdaniem Oferenta, sprzęt konieczny do świadczenia tych usług jest na bieżąco wykorzystywany i zużywany. W ocenie Oferenta, Komisja konkursowa nie wskazała również podstawy prawnej, w oparciu o którą odrzuciła jego ofertę.

Odnosząc się do zarzutów przedstawionych w odwołaniu, Dyrektor Oddziału wskazuje, że na podstawie § 17 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy *komisja konkursowa przeprowadza weryfikację, o której mowa w ust. 2, u oferentów, którzy dotychczas nie mieli 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.*

W świetle zacytowanego przepisu, kontrola przeprowadzana w ramach toczącego się postępowania konkursowego, zmierza do potwierdzenia spełniania przez oferenta stawianych wymagań i oceny złożonej oferty, w zakresie potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

Z uwagi na fakt, iż Oferent Agia Medica sp. z o.o. nie miał zawartej umowy z Zamawiającym, której przedmiot byłby tożsamy z przedmiotem prowadzonego postępowania

konkursowego, w świetle przepisu § 17 ust. 3 w/w rozporządzenia Komisja konkursowa zobowiązana była przeprowadzić weryfikację tego Oferenta, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Kontrola ta odbywała się w dniu 09.06.2017 r. w biurze prowadzonym przez Oferenta w miejscowości Sława przy ul. Jedności Robotniczej 16. O celu, terminie i miejscu przeprowadzenia tej kontroli, Oferent został powiadomiony telefonicznie w dniu 08.06.2017r. Podczas weryfikacji Oferenta w dniu 09.06.2017 r. powołany do przeprowadzenia tej weryfikacji Zespół stwierdził, następujące braki:

- brak wózka inwalidzkiego,
- brak koncentratora tlenu Oxymat 3,
- brak koncentratora tlenu Oxygen 3,
- brak w 3 neserach zgłoszonych w ofercie, testów do obrazowego oznaczania wartości cukru w moczu,
- brak w 3 neserach zgłoszonych w ofercie serwety w zestawie do wykonywania opatrunków.

W trakcie prowadzonej kontroli Oferent wyjaśnił Zespołowi prowadzącemu kontrolę, że nieprzedstawienie wózka inwalidzkiego oraz dwóch zgłoszonych w ofercie koncentratorów tlenu, wynika z faktu ich ówczesnego jeszcze wykorzystywania do realizacji innej umowy zawartej z NFZ. Wyjaśnienia Oferenta zostały potwierdzone trzema pisemnymi oświadczeniami pacjentów, którym sprzęt ten został wydany przez Oferenta. Oświadczenia te zostały załączone do protokołu kontroli z dnia 09.06.2017 r.

W protokole z przeprowadzonej weryfikacji zgodności danych zawartych w ofercie 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/2/0415, przedstawiciel Oferenta oświadczył, że podczas weryfikacji danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym, okazał całość sprzętu w ramach zakresu świadczenia w hospicjum domowym, jaki jest w posiadaniu Oferenta. Oferent nie wniósł do protokołu żadnych uwag bądź zastrzeżeń. Zatem, nie ulega wątpliwości, że stwierdzony w trakcie kontroli stan faktyczny, potwierdził własnoręcznym podpisem przedstawiciel Oferenta.

Oferent Agia Medica Sp. z o.o. składając w niniejszym postępowaniu konkursowym ofertę, złożył również pisemne oświadczenie według wzoru określonego w załączniku nr 3 do 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, w którym oświadczył, że zapoznał się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów, i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz przyjmuje je do stosowania. Ponadto, Oferent oświadczył również, że w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy 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. W tym miejscu, zdaniem organu, należy ocenić prawny walor oświadczenia Oferenta, że spełnia warunki w dniu złożenia oferty i będzie je spełniać od początku obowiązywania umowy, a następnie konsekwencje prawne tego oświadczenia, w relacji do ustaleń kontroli przeprowadzonej w dniu 09.06.2017 r.

Tego typu analizy dokonał Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 22 kwietnia 2015 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 816/14. Zgodnie z tym stanowiskiem, postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, jako postępowanie swoiste, podlega szczególnego rodzaju regulacji, która zawarta została w dziale VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z przyjętych w tej mierze rozwiązań prawnych wynika, że postępowanie to, znane tej tylko ustawie, charakteryzuje się wysokim stopniem jego sformalizowania oraz szczególnego rodzaju obligatoryjnymi wymaganiami dotyczącymi trybu przeprowadzenia tego postępowania, co ma istotne znaczenie z punktu widzenia celu, w którym postępowanie to jest prowadzone. Jego realizacji towarzyszyć musi, a potwierdza to analiza przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisów wydanych na jej podstawie aktów wykonawczych, szczególnego rodzaju metodyka działania organów NFZ, która w zakresie przyznanych im przepisami prawa uprawnień, obejmuje również prawo kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. W tym też kontekście podkreślenia wymaga, że z treści przywołanego powyżej obligatoryjnego oświadczenia oferenta, gdy chodzi o przestrzeń czasu którego dotyczy składane przez niego zapewnienie o spełnianiu wszelkich warunków, jednoznacznie wynika, że musi być ono zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, zarówno w dniu składania oferty, jak i od początku obowiązywania umowy, co oznacza zapewnienie o trwałości spełniania warunków w tak określonej przestrzeni czasowej, a co za tym idzie również i w toku postępowania prowadzonego w sprawie zawarcia umowy o świadczenia opieki zdrowotnej, co z kolei prowadzi do wniosku, że oferta ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego. Konsekwencją powyższego, jest wniosek, że spełnianie przez oferenta wymagań (warunków) dotyczących pomieszczeń, sprzętu i personelu podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

Analogiczne stanowisko zajął również Naczelny Sąd Administracyjny w uzasadnieniu wyroku z dnia 10 listopada 2016 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 912/15. Zgodnie z tym stanowiskiem, oferta na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ma być aktualna w toku całego postępowania, poczynając od jej złożenia, aż do dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy, co służyć ma konkretnemu celowi, a mianowicie stworzenia możliwości jej zweryfikowania na odpowiednim etapie postępowania konkursowego. Konsekwencją powyższego, jest wniosek, że spełnianie przez oferenta wymagań (warunków) dotyczących pomieszczeń, sprzętu i personelu podlega kontroli w toku postępowania konkursowego z punktu widzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie.

Organ nie podziela wskazanej w odwołaniu argumentacji, o innym rozumieniu oświadczenia złożonego do przedmiotowego protokołu przez przedstawiciela Oferenta; o jednoczesnym realizowaniu trzech innych umów zawartych z NFZ; bieżącym zużywaniu się sprzętu; jego blokowaniu w trakcie trwającego postępowania konkursowego, które stanowią podstawę do stwierdzenia przez Oferenta, że skoro w postępowaniu konkursowym ma on jedynie

wykazać, iż posiada wymagany sprzęt, to wystarczające w tym zakresie jest jego oświadczenie złożone w ofercie.

W ocenie organu, prezentowana przez Oferenta argumentacja zmierza do wykazania, iż oświadczenie (zapewnienie) o spełnianiu wszelkich warunków dotyczących pomieszczeń, sprzętu i personelu ma prawnie wiążący walor, ale wyłącznie „na dzień składania oferty” oraz „od początku obowiązywania umowy”. Przyjęcie takiej tezy, w świetle obowiązujących przepisów prawa – regulujących tryb prowadzenia postępowań konkursowych, byłoby, ponad wszelką wątpliwość, sprzeczne z wolą ustawodawcy. Prezentowane przez Oferenta stanowisko zasadniczo ogranicza, wynikające z obowiązujących przepisów prawa, uprawnienia komisji konkursowej do kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/2/0415.

Na podstawie przepisu § 17 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy, jak również w świetle zaprezentowanego stanowiska Naczelnego Sądu Administracyjnego, Komisja konkursowa (jej Zespół) miała obowiązek przeprowadzenia kontroli Oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. **Natomiast w interesie Oferenta, ubiegającego się o zawarcie umowy z Zamawiającym, było wykazanie w trakcie kontroli, że spełnia warunki wymagane przez Zamawiającego – do zawarcia takiej umowy.**

Zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 2 część II ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2013 poz. 1347 ze zm.) warunkiem bezwzględnie wymaganym jest neseser pielęgniarstwa dla każdej pielęgniarki wyposażony w:

a) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku:

- do wykonania iniekcji:
 - igły, strzykawki, wenflony,
 - zestaw niezbędnych płynów dezynfekcyjnych i odkażających,
- do przetaczania płynów:
 - aparat do kroplowych wlewów dożylnych,
 - zestaw gazików, plastry,
 - stazę,
- do wykonania opatrunków:
 - serwety, pakiety opatrunkowe,
 - podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, nożyczki, miskę nerkową,
- pakiet ochronny przed zakażeniem: maseczki, rękawice, fartuch,
- sprzęt do płukania pęcherza moczowego lub przetoki:
 - strzykawkę jednorazowego użytku 50 ml,
 - strzykawkę specjalistyczną 50/60 K z końcówką cewnikową,
- sprzęt do karmienia przez zgłębnik:

- sondę żołądkową,
- strzykawkę jednorazowego użytku 20 ml,
- b) zestaw przeciwwstrząsowy: leki, rurkę ustno-gardłową, maseczkę do reanimacji z filtrem,
- c) sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi,
- d) testy do obrazowego oznaczania wartości cukru we krwi i w moczu,
- e) pakiet do mycia i odkażania rąk.

Przedstawione przez Oferenta w trakcie kontroli trzy nesesery pielęgniarskie były niekompletne, bowiem nie zawierały:

- testów do obrazowego oznaczania wartości cukru w moczu,
- serwety w zestawie do wykonywania opatrunków.

Należy w tym miejscu podkreślić, że w trakcie prowadzonej kontroli przedstawiciel Oferenta nie twierdził, że te trzy niekompletne nesesery pielęgniarskie są aktualnie wykorzystywane, przy realizacji którejs z trzech umów posiadanych wówczas przez Oferenta. Oświadczenia takie przedstawiciel Oferenta przedstawił jedynie w odniesieniu do dwóch koncentratorów tlenu oraz jednego wózka inwalidzkiego, przy czym dodatkowo zostały przedstawione oświadczenia pacjentów, u których sprzęt ten się znajduje. Ponadto, w dniu 12.06.2017 r. Oferent – z własnej inicjatywy - złożył Komisji konkursowej pisemne oświadczenie, w których przedstawił faktury zakupu 3 opakowań testów do obrazowego oznaczania wartości cukru w moczu (faktury z dnia 11.06.2017 r. – po dniu złożenia oferty; po dniu przeprowadzenia kontroli) oraz oświadczył, że torby pielęgniarskie zostały uzupełnione o brakujące serwety. W ocenie organu, Komisja konkursowa prawidłowo uznała, że na dzień złożenia oferty Oferent nie spełniał warunków określonych w załączniku nr 2 część II ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dokonanie przez Oferenta w dniu 11.06.2017 r. zakupu 3 opakowań testów do obrazowego oznaczania wartości cukru w moczu (faktury z dnia 11.06.2017 r.), tj. po dniu złożenia oferty, a także po dniu przeprowadzenia kontroli oraz oświadczenie, że torby pielęgniarskie zostały uzupełnione o brakujące serwety (najprawdopodobniej również poprzez ich zakup), należy ocenić - jako działanie spóźnione. Ponadto, działanie to potwierdza, że zarówno na dzień złożenia oferty, jak i w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego, Oferent nie spełniał jednego z bezwzględnie wymaganych warunków, a mianowicie proponował w ofercie, że będzie udzielał świadczeń stanowiących przedmiot postępowania, przy wykorzystaniu trzech niekompletnych neseserów pielęgniarskich.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 22 kwietnia 2015 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 816/14, Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, że niespełnianie warunków wymaganych od świadczeniodawców skutkuje odrzuceniem oferty w części jawnej postępowania konkursowego, kiedy to ustala się (m.in.), które z ofert spełniają warunki, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Przepis art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymienia enumeratywnie przypadki (przyczyny) odrzucenia oferty. Przepis ten skonstruowany jest w ten sposób, że wystąpienie którejkolwiek z tych przyczyn powoduje konieczność (przymus) odrzucenia oferty, bez możliwości podjęcia przez organ innej decyzji. Niespełnianie przez oferenta lub ofertę warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3

ustawy o świadczeniach (warunki wymagane od świadczeniodawców), to przyczyna odrzucenia oferty, która ma w pierwszym etapie postępowania wyeliminować podmioty, które nie spełniają warunków merytorycznych określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ. Oferent niespełniający któregoś z wymogów zarządzenia Prezesa NFZ, określającego merytoryczne warunki realizacji świadczeń danego rodzaju, otrzymuje pisemną informację o odrzuceniu jego oferty oraz przyczynach odrzucenia.

Dyrektor Oddziału nie podziela również zarzutu Oferenta, że w zawiadomieniu o odrzuceniu oferty nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/2/0415, Komisja konkursowa nie wskazała podstawy prawnej tego odrzucenia. W zawiadomieniu o odrzuceniu przedmiotowej oferty Komisja wyraźnie wskazała, że przyczyną odrzucenia jest - niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wskazana przyczyna odrzucenia oferty ujęta została przez ustawodawcę w przepisie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W uzasadnieniu wyroku z dnia 25 listopada 2016 r., który został wydany w sprawie prowadzonej pod sygn. akt: II GSK 1512/15, Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, cyt.: *wskazany przepis należy rozumieć w ten sposób, że oferent lub oferta musi spełniać wszystkie warunki sformułowane w ramach dwóch grup warunków, a więc: „wymaganych warunków określonych w przepisach prawa”, a także „warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3”. Musi zatem spełniać zarówno te warunki, które wynikają wprost z przepisów prawa, jak i te, które zostały określone przez Prezesa NFZ. Takie rozumienie cyt. normy prowadzić musi do wniosku, iż w konkursie nie może brać udziału oferent/oferta, niespełniająca choćby jednego z warunków określonych prawem lub określonych przez Prezesa NFZ. Innymi słowy powodem odrzucenia oferty może być zarówno niespełnienie warunków określonych w ustawie jak też niespełnienie warunków określonych w wydanym, na podstawie art. 146 ust. 3 ustawy, zarządzeniu Prezesa NFZ.*

W zawiadomieniu z dnia 12.06.2017 r. Komisja konkursowa szczegółowo wyjaśniła przyczyny, z których powodu dokonała odrzucenia oferty nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01/2/0415.

Organ, nie podziela również stanowiska Oferenta, że w wyniku odrzucenia jego oferty, został naruszony interes prawny Oferenta. Prowadząc postępowanie administracyjny zakończone w I instancji wydaniem niniejszej decyzji, organ ustalił, że zgromadzony w jego ramach materiał dowodowy potwierdził stanowisko Komisji konkursowej, że zarówno na dzień złożenia oferty, jak i w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego, Oferent nie spełniał jednego z bezwzględnie wymaganych warunków, a mianowicie zaproponował w ofercie, że będzie udzielał świadczeń stanowiących przedmiot postępowania, przy wykorzystaniu trzech niekompletnych neseserów pielęgniarских.

Zgodnie z przepisem art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 tej ustawy.

(1.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kreuje nie tylko uprawnienia świadczeniodawców do wnoszenia środków odwoławczych, ale także określa niezbędne przesłanki determinujące wynik postępowań odwoławczych jak i wynik sądowoadministracyjnej kontroli. Dla uznania skuteczności wniesionych środków odwoławczych konieczne jest bowiem najpierw pozytywne ustalenie, że w przeprowadzonym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zostały naruszone zasady tegoż postępowania, po czym ustalenie, że naruszenie to spowodowało uszczerbek w interesie prawnym strony. (2.) Obowiązkiem organu, w ramach procedury uruchamianej wskutek wniesienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zakres kontroli jest zatem związany ściśle z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego w wyniku naruszenia przepisów prawa. (3.) Przepis art. 152 ust. 1 ustawy z 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadza dodatkową przesłankę uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowania, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Oznacza to, że konieczne jest stwierdzenie naruszenia zasad postępowania, które musi naruszać rzeczywiście istniejący interes świadczeniodawcy. [sentencja wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 20 kwietnia 2011 r., wydanego w sprawie prowadzonej pod syg. akt: II GSK 474/10].

W ocenie organu, Komisja konkursowa prawidłowo zbadała i oceniła ofertę złożoną przez Nowy Szpital we Wschowie Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością.

Zdaniem organu, Komisja konkursowa prowadząc postępowanie nr 04-17-000165/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, nie naruszyła zasady równego traktowania obu świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zasady prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowania uczciwej konkurencji. Należy podkreślić, że przejawem zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców - jest określona w przepisie art. 146 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych delegacja do wydania przez Prezesa Funduszu dokumentu, określającego przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Ponadto, zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych określonych kryteriów oceny

ofert, do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu, jak i wymagań, jakie muszą być spełnione przez świadczeniodawców celem zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Naruszeniem tej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców. Taka sytuacja w niniejszej sprawie nie miała miejsca. W przeprowadzonym konkursie ofert obowiązywały te same wymagania w stosunku do obu biorących udział w konkursie oferentów i tożsame kryteria ocen. Nie naruszono również zasady jawności warunków wymaganych od świadczeniodawców, jak również nie dokonano ich zmian w toku postępowania. Wszelkie dokumenty związane z postępowaniem udostępniane były oferentom na takich samych zasadach.

W ocenie organu, Komisja konkursowa prawidłowo odrzuciła ofertę wniesioną przez Agia Medica Sp. z o.o., jak również prawidłowo zbadała i oceniła ofertę złożoną przez Nowy Szpital we Wschowie Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością, co ostatecznie stało się podstawą do wyboru tej oferty w ramach zakończonego postępowania konkursowego. W konsekwencji, należało orzec jak w sentencji.

Pouczenie:

Od niniejszej decyzji stronie przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, który należy złożyć Dyrektorowi Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze przy ul. Podgórnej 9B, w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

p.o. DYREKTORA
Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Zielonej Górze
Piotr Bromber

Otrzymują:

1. Agia Medica Spółka z o.o., ul. Zielonogórska 30, 66-016 Czerwieńsk.
2. Nowy Szpital we Wschowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Ks. Kostki 33/1, 67-400 Wschowa.
3. A/a.

