

WO/ZRP – MZ/1730-D

Gdańsk, dnia 9 października 2013 r.

**Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha**  
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Al. Jana Pawła II 50**  
**80-214 Gdańsk**

**DECYZJA nr 606/2013**  
**z dnia 9 października 2013 r.**

**Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 w zw. z art. 107 ust.5 pkt 8 i art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

**Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej,**  
**Al. Jana Pawła II 50, 80-214 Gdańsk**

**kod rozstrzygnięcia postępowania nr 11-13-000435/AOS/02/1/02.1050.001.02/1**

**w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna**

**w zakresie: świadczenia w zakresie gastroenterologii**

**na obszar: powiat gdanski, powiat nowodworski, m. Gdańsk**

Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Oddała odwołanie Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

## Uzasadnienie

W dniu 25.02.2013 r. Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ogłosił konkurs ofert poprzedzający zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres 01.07.2013 r. – 30.06.2016 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczenia w zakresie gastroenterologii na obszarze: powiat gdański, powiat nowodworski i m. Gdańsk. Ogłoszenie określało wartość zamówienia na kwotę nie wyższą niż 577.904,00 zł na okres rozliczeniowy od 01.07.2013 r. do 31.12.2013 r.

Zgodnie z ogłoszeniem, oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 13.03.2013 r., a otwarcie miało nastąpić w siedzibie POW NFZ w dniu 15.03.2013 r. Decyzją Dyrektora na wniosek komisji konkursowych termin składania ofert zmieniony został na dzień 18.03.2013 r. a otwarcia ofert na dzień 20.03.2013 r. W ogłoszeniu wskazano obowiązujące przepisy dotyczące wymogów, jakie muszą być spełnione przez podmioty składające oferty.

Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęło w terminie 12 ofert, które zostały sprawdzone pod kątem spełniania warunków formalnych.

Oferta Odwołującego się posiadała braki formalne dotyczące oświadczenia o przedłużeniu polisy OC na okres obowiązywania umowy. Braki zostały uzupełnione w terminie.

Wartość złożonych ofert spełniających warunki wymagane wynosiła 997.286,00 zł, natomiast postępowanie zostało ogłoszone na kwotę 577.904,00 zł.

Komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z 11 oferentami (11 miejsc udzielania świadczeń) na 12 zakwalifikowanych do części niejawniej postępowania. Komisja Konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z wybranymi oferentami, których łączna ocena oferty była najwyższa pod względem kryteriów niecenowych – do negocjacji kwalifikuje się oferentów licząc kolejno od najwyższej oceny, a tym samym gwarantuje możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej wartości zamówienia. Oferta Odwołującego się została zakwalifikowana do negocjacji. Negocjacje dotyczyły ilości i ceny świadczeń.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania wybrano 8 oferentów na łącznie 8 miejsc udzielania świadczeń. Oferta Odwołującego nie została wybrana.

W dniu 21.06.2013 r. oferent wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania nr **11-13-000435/AOS/02/1/02.1050.001.02/1**. W odwołaniu wskazał, iż odwołuje się od niniejszego rozstrzygnięcia w części dotyczącej niewybrania oferty w ostatecznym rozstrzygnięciu postępowania, zarzucając komisji konkursowej:

- naruszenie art. 134 poprzez nieprzestrzeganie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i poprzez nieprzestrzeganie obowiązku prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
- naruszenie art. 142 ust. 5 poprzez nie dokonanie wyboru oferenta pomimo zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowości i dostępności,
- naruszenie art. 142 ust. 6 poprzez nie przeprowadzenie negocjacji w złej wierze w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie w wyniku tych negocjacji oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- naruszenie art. 148 poprzez nie dokonanie wyboru oferty Skarżącego w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielania świadczeń, jak również w związku z prowadzeniem negocjacji w złej wierze w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
- naruszenie art. 73 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego (k.p.a) poprzez ograniczenie w toku postępowania dostępu strony do wglądu w akta sprawy, co uniemożliwiło jej wypowiedzenie się (złożenie odwołania) w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy w postępowaniu konkursowym,
- naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 nr 157 poz. 1240) poprzez nieprzestrzeganie zasady gospodarności w przyznawaniu środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Zgodnie z art. 10 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego Odwołujący się został poinformowany o tym, że posiada prawo do czynnego udziału na każdym etapie postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie, istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Odwołujący skorzystał z prawa do zapoznania się z dokumentacją postępowania w dniu 21.06.2013 r., do wglądu przekazano:

- a) Ofertę nr 11-13-000435/AOS/02/1/02.1050.001.02/1/13/0402;
- b) Ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);

- c) Protokół z posiedzenia komisji – podsumowanie postępowania;  
oraz w dniu 26.06.2013 r., gdzie do wglądu przekazano:
- a) Ogłoszenie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert;
  - b) Rejestr złożonych ofert;
  - c) Oferta (pełna dokumentacja ofertowa wraz z dokumentami rejestrowymi oferenta itp.);
  - d) Ocena prawidłowości ogłoszenia postępowania dla konkursu ofert/rokowań – lista kontrolna;
  - e) Oświadczenia członków komisji;
  - f) Ocena spełnienia warunków formalnych oferty CZĘŚĆ A, B, C – listy kontrolne;
  - g) Wezwanie do usunięcia braków formalnych;
  - h) Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej;
  - i) Potwierdzenie uzupełnienia braków formalnych;
  - j) Zestawienie spornych elementów oferty w zakresie personelu;
  - k) Zestawienie ofert nie spełniających warunków wymaganych;
  - l) Ranking końcowy (tylko pozycje ofert wybranych i odwołującego);
  - m) Protokół z posiedzenia komisji w części niejawnej;
  - n) Protokół z posiedzenia komisji dokonującego podsumowania postępowania;
  - o) Informacja o rozstrzygnięciu postępowania i wniosek o zawarcie umów;
  - p) Ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania;
- Odwołujący się nie wniósł uwag.

Decyzją nr 491/2013 Dyrektor Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ oddalił odwołanie ze względu na brak podstaw do jego uwzględnienia. Od powyższej decyzji oferent w dniu 05.07.2013 r. wniósł odwołanie do Prezesa NFZ zarzucając naruszenie:

1. art. 107 §1 ustawy kodeks postępowania administracyjnego (kpa) poprzez naruszenie wymogów przewidzianych dla elementów obligatoryjnych decyzji,
2. art. 108 kpa poprzez uznanie, że w niniejszej sprawie zachodzi konieczność nadania decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności, w sytuacji gdy istniały inne narzędzia umożliwiające zabezpieczenie świadczeniobiorców w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej,
3. art. 73 §1 kpa poprzez ograniczenie w toku postępowania dostępu strony wglądu w akta sprawy, co uniemożliwiło jej wypowiedzenie się (złożenie odwołania) w oparciu o cały zgromadzony materiał dowodowy w postępowaniu konkursowym,
4. naruszenie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych poprzez nieprzestrzeganie zasad równego

- traktowania wszystkich świadczeniodawców oraz nieprowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji,
5. naruszenie art. 152 ust 1 ustawy o świadczeniach poprzez przyjęcie, że w treści odwołania od decyzji Dyrektora POW NFZ odwołujący się nie wykazał uszczerbku w swoim interesie prawnym,
  6. naruszenie art. 142 ust. 5 ustawy poprzez nie dokonanie wyboru oferenta pomimo zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowości i dostępności,
  7. naruszenie art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach poprzez przeprowadzenie negocjacji w złej wierze w zakresie ceny za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
  8. naruszenie art. 148 ustawy poprzez nie dokonanie wyboru oferty Skarżącego w wyniku nieprawidłowego porównania ofert w zakresie ciągłości, kompleksowości, dostępności i jakości udzielanych świadczeń, jak również w związku z prowadzeniem negocjacji w złej wierze w zakresie ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, co uniemożliwiło Odwołującemu się przedstawienie oferty cenowej stanowiącej najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia,
  9. naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2009 nr 157 poz. 1240) poprzez nieprzestrzeganie zasady gospodarności w przyznawaniu środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

Prezes Funduszu decyzją Nr 2013/414/DSOZ z dnia 13.08.2013 r. postanowił uchylić zaskarżoną decyzję Nr 491/2013 Dyrektora POW NFZ, uznając trafność zarzutów dot. naruszenia przepisów postępowania w stopniu mającym istotny wpływ na wynik sprawy oraz przekazać sprawę do ponownego rozpoznania organowi I instancji. W ocenie Prezesa Funduszu organ I instancji, wydając zaskarżoną decyzję, naruszył art. 10 § 1 kpa i 73 § 1 i § 1a kpa nie umożliwiając skarżącemu zapoznanie się ofertami konkurencyjnymi. Zdaniem Prezesa Funduszu organ I instancji powinien okazać odwołującemu pełne akta sprawy, obrazujące przebieg postępowania konkursowego, w tym także dokumentację dotyczącą ofert podmiotów konkurencyjnych wobec odwołującego się. Przy czym dokumentacja ta powinna być udostępniona w warunkach i formie, która nie doprowadzi do naruszenia przepisów prawa

powszechnie obowiązującego w szczególności zakazujących przekazywania danych wrażliwych prawnie chronionych jak też naruszających przepisy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

Organ I instancji kierując się wskazaniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w oparciu o art. 10 kpa umożliwił odwołującemu się zapoznanie z zebrany w sprawie materiałem dowodowym, w tym również ofertami podmiotów konkurencyjnych dla odwołującego.

Po zapoznaniu się w dniu 13.09.2013 r. z dokumentacją w trybie art. 10 kpa Odwołujący pismem z dnia 16.09.2013 r. podtrzymał swoje dotychczasowe stanowisko i wniósł dodatkowo następujące zastrzeżenia:

- 1) naruszenie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z §1 ust. 1 pkt 1 Zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.09.2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez naruszenie zasady równego traktowania uczestników postępowania i zasady uczciwej konkurencji w wyniku błędnej oceny uczestników postępowania w kryterium „jakość”;
- 2) naruszenie art. 134 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z §1 ust. 1 pkt 2 Zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.09.2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez naruszenie zasady równego traktowania uczestników postępowania i zasady uczciwej konkurencji w wyniku błędnej oceny uczestników postępowania w kryterium „kompleksowość”.

Rozpoznając ponownie odwołanie złożone przez Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gdańsku, Dyrektor POW NFZ stwierdza, że:

**odwołanie złożone przez oferenta nie zasługuje na uwzględnienie.**

Odwołujący się w treści odwołania wskazał na naruszenie przez komisję konkursową interesu prawnego, o którym mowa w art. 152 ustawy. Przepis określony w art. 152 ustawy o świadczeniach stanowi bowiem, że „świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, przysługują środki odwoławcze przewidziane w art. 153 i 154 ustawy”. Z treści tego przepisu wynika zatem, iż jedynie naruszenie przez Fundusz zasad

postępowania stanowi postawę do wniesienia odwołania. Określone w art. 134 ustawy zasady prowadzenia postępowania o zawarcie umowy, to zasada równego traktowania wszystkich uczestników postępowania oraz zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Jak wskazano równe traktowanie polega także na tym, by wszystkie wymagania, informacje i wyjaśnienia a także dokumenty związane z postępowaniem o zawarcie umowy były udostępniane na tych samych zasadach wszystkim oferentom. Zatem fundamentalnym pojęciem dla instytucji środka odwoławczego, w postępowaniu prowadzonym w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jest pojęcie interesu prawnego świadczeniodawcy. Przez interes prawny - zgodnie z przyjętymi w doktrynie i orzecznictwie poglądami - rozumieć w tym przypadku należy określone prawo podmiotowe, czyli korzyści o charakterze prawnym, przyznane przez normę prawa materialnego. Istotne jest, że interes prawny musi mieć charakter rzeczywisty, obowiązujący w danej chwili oraz indywidualny. Ustalenie zaś interesu prawnego, to zidentyfikowanie zależności pomiędzy przepisem prawnym, a sytuacją konkretnego podmiotu z jednoczesnym ustaleniem, że zastosowanie tego przepisu może wpływać na określoną sytuację prawną. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 marca 2009 r., (sygn. akt VII SA/Wa 2012/08, LEX nr 533330) wskazał, iż do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania, w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa, przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego, w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, determinuje w zasadzie sposób postępowania, w przypadku wniesienia środka odwoławczego. Poza ustaleniem faktu naruszenia zasad postępowania, organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany będzie do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Podobnie w wyroku z dnia 17.02.2012 r. (sygn. akt: SA /Wa 1881/11), Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie stwierdził, iż do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania, w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług. Podobne stanowisko zawarł Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie w wyroku z dnia 20 kwietnia 2011 r. (II GSK 474/10) wskazując, iż 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.

Oferta Szpitala Specjalistycznego im. św. Wojciecha Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców kryteriów oceny określonych w przepisach prawa. Należy przy tym podkreślić, iż Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, był uprawniony do określenia warunków wymaganych od świadczeniodawców. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś odwołujący się w oświadczeniu z dnia 09.03.2013 r. załączonym do oferty, oświadczył, że zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz, że przyjmuje je do stosowania.

Zgodnie z 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 uczciwej konkurencji.

Komisja konkursowa w oparciu o materiały konkursowe i zgodnie z Zarządzeniem Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., oceniła wszystkich świadczeniodawców z zastosowaniem takich samych kryteriów. Nadmienić w tym miejscu należy, iż ocena ofert odbywa się poprzez system informatyczny, co dodatkowo daje gwarancję stosowania jednakowych kryteriów wobec wszystkich oferentów.

Po rozpatrzeniu odwołania Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej należało zatem uznać, iż nie został naruszony interes prawny Odwołującego się. Podmiot ten nie został wybrany w przedmiotowym postępowaniu, uzyskując 9 miejsce w rankingu, a jego oferta była oceniana według jednolitych dla wszystkich oferentów kryteriów.

Celem postępowania odwoławczego jest zbadanie, czy w wyniku postępowania konkursowego nie doznał uszczerbku interesu prawnego świadczeniodawcy, a więc jest ono wyłącznie postępowaniem weryfikującym, czy w trakcie konkursu były przestrzegane zasady wynikające z przepisów prawa.



Dokonując oceny przeprowadzonego postępowania nr 11-13-000435/AOS/02/1/02.1050.001.02/1 w trakcie postępowania odwoławczego zainicjowanego złożonym przez oferenta Szpital Specjalistyczny św. Wojciecha Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej odwołaniem do organu I instancji, należy ponadto wskazać, iż:

Oferta skarżącego oceniana była według takich samych kryteriów, jak pozostałe oferty. Ocenie podlegały poszczególne odpowiedzi w Ankiecie wskazujące, czy oferent spełnia w dniu składania oferty jak też będzie spełniał w przyszłości tj. od początku obowiązywania umowy wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia o świadczeniach gwarantowanych jak i zarządzeniach Prezesa. Część tych wymagań musi spełnić każdy oferent (warunki wymagane - konieczne) natomiast część ma charakter tzw. rankingujący co oznacza, że w przypadku ich spełnienia oferta uzyskuje wyższą punktację.

W postępowaniu złożono łącznie 12 ofert na 12 miejsc udzielania świadczeń. Każda z ofert, także odwołującego się oceniana była według tych samych kryteriów i mogła za każde z nich uzyskać taką samą ilość punktów.

Ocena ofert wybranych i odwołującego się przedstawiała się następująco:

Nazwa kategorii	Max liczba punktów do uzyskania	Liczba punktów – oferent odwołujący się	Liczba punktów - oferent o max liczbie punktów	Liczba punktów - ostatni oferent nad linią odcięcia
Kryteria niecenowe	68,000	55,250	62,000	57,000
Kryteria cenowe	20,000	20,000	20,000	20,000
Razem	<b>88,000</b>	<b>75,250</b>	<b>82,000</b>	<b>77,000</b>

Oferta odwołującego się nie została wybrana z powodu zbyt niskiej liczby punktów w ocenie. Oferent otrzymał za kompleksowość 5,000 pkt, za jakość 44,250 pkt, za dostępność 6,000 pkt.

Podkreślić w tym miejscu należy, iż Komisja konkursowa, zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń, ceny za udzielane świadczenia. Komisja ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden oferent (art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach). Przeprowadzone negocjacje z oferentem, co do ilości świadczeń i ceny za świadczenie (tylko tych elementów mogą dotyczyć negocjacje), nie zmieniło pozycji oferenta w rankingu. Ostatni oferent wybrany przez komisję z rankingu otrzymał w ocenie 77,000 pkt. Podkreślić należy, iż samo prowadzenie negocjacji nawet zakończone w sposób pozytywny tzn. uzgodnienie liczby i ceny

świadczeń, nie stanowi gwarancji wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Taki zapis znajduje się zresztą w protokole końcowym z negocjacji, podpisanym przez strony.

Odnosząc się do zarzutu braku oceny ciągłości udzielania świadczeń, podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z Decyzją nr RWA - 9/2009 z dnia 10 lipca 2009 r. Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (decyzja zamieszczona jest na stronie UOiKK: [http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news\\_id=590](http://www.uokik.gov.pl/aktualnosci.php?news_id=590)) Narodowy Fundusz Zdrowia nie może dodatkowo punktować stałości-ciągłości udzielania świadczeń w postępowaniach konkursowych. Faworyzowanie przez NFZ dotychczasowych świadczeniodawców, gwarantujące im dodatkowe punkty w ramach oceny ofert, zgodnie z w/w decyzją było sprzeczne z zasadami swobodnej i równej konkurencji. NFZ w wykonaniu powyższej decyzji zapłacił karę 1,14 mln zł.

Podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z art. 142 w ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach ustalono dwie możliwości ustalenia liczby i ceny świadczeń w zawieranej umowie: poprzez proste przyjęcie oferty albo prowadzenie negocjacji. Należy przy tym zaznaczyć, że na gruncie ustawy modyfikacji doznaje wyrażona w art. 72 § 1 k.c. zasada, że jeżeli strony prowadzą negocjacje w celu zawarcia oznaczonej umowy, umowa zostaje zawarta, gdy strony dojdą do porozumienia co do wszystkich jej postanowień, które były przedmiotem negocjacji. Ustalenie ceny i liczby świadczeń w trakcie negocjacji, o których mowa w art. 142 ust. 6, lub proste przyjęcie oferty, a następnie ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania nie prowadzi do automatycznego zawarcia umowy docelowej, lecz do nawiązania przejściowego stosunku uzasadniającego tylko obowiązek zawarcia w dalszej kolejności takiej umowy. W wyniku przyjęcia oferty najkorzystniejszej dochodzi do zawarcia pomiędzy organizatorem przetargu (zamawiającym) a oferentem (wykonawcą) umowy stanowiącej rodzaj umowy przedwstępnej, uzasadniającej zastosowanie art. 389-390 k.c. Oczywiście jest stwierdzenie, że wybór świadczeniodawców, z którymi będą prowadzone negocjacje, nie może odbywać się dowolnie, lecz powinien nastąpić z poszanowaniem zasady równości świadczeniodawców. Oznacza to, że nie ma obowiązku prowadzenia negocjacji ze wszystkimi świadczeniodawcami, lecz kwalifikacja do zaproszenia na negocjacje powinna odbyć się na podstawie liczby punktów uzyskanych przez ofertę danego świadczeniodawcy. (Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Pietraszewska-Macheta A. wyd. ABC 2010).

Odnosząc się do zarzutów dotyczących działania komisji konkursowej w złej wierze, o czym rzekomo świadczy zachowanie komisji konkursowej w procesie negocjacji ceny za udzielane świadczenia, wyjaśnienia wymaga fakt, iż komisja konkursowa prowadziła negocjacje ze wszystkimi oferentami w ten sam sposób. Wszyscy oferenci zaproszeni do negocjacji otrzymali protokół z negocjacji, przy uwzględnieniu propozycji zawartych w ofercie, wbrew

zarzutem odwołania, z adnotacją: „propozycja NFZ jest propozycją na dany dzień i może ulec zmianie w toku dalszych negocjacji. Propozycja NFZ nie jest ostatecznym zobowiązaniem do zawarcia umowy” oraz „Podpisanie protokołu negocjacyjnego NIE jest gwarancją wybrania oferty. Wynegocjowane warunki zostaną wzięte pod uwagę przy tworzeniu rankingu końcowego”. Ranking tworzony jest na podstawie sumy punktów za kryteria niecenowe i punktów wynikających z kryterium ceny punktu. Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Komisja konkursowa nie sugeruje oferentom jak ma przedstawiać się ich propozycja ceny za punkt.

Zarzut dotyczący naruszenia w postępowaniu art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, bez wskazania na czym to naruszenie polegało, uznać należy za bezzasadny. W ocenie POW NFZ, komisja konkursowa prowadząc przedmiotowe postępowanie kierowała się zasadą gospodarności w przyznawaniu środków pieniężnych na poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, przy uzyskiwaniu najlepszych efektów z danych nakładów oraz optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów. Podkreślenia wymaga bowiem, iż zawierając umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych Fundusz ma obowiązek kierować się przede wszystkim dobrem świadczeniobiorców i koniecznością zapewnienia im świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Odnosząc się do zarzutu prowadzenia postępowania konkursowego na podstawie przepisów, które zostały zmienione w trakcie postępowania, wskazać należy, iż niezgodnym z ustawą o świadczeniach (art. 147) byłoby zmienianie zasad konkursu (kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców) w trakcie jego trwania. W zarządzeniu Prezesa NFZ nr 32/2013/DSOZ z 31.05.2013r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w § 2 wprost zapisano, że: „do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia”.

W odniesieniu do zarzutu nieudostępnienia akt postępowania konkursowego (art. 10 kpa i art. 73 kpa), co uniemożliwiło stronie weryfikację ofert pozostałych uczestników postępowania stwierdzić należy, iż strona ma prawo do wglądu (udostępnienia jej) akt sprawy, a zatem nie jakichkolwiek akt będących w posiadaniu organu administracji publicznej, lecz wyłącznie akt zgromadzonych w postępowaniu w danej (jej) sprawie administracyjnej. Należy jednakże podkreślić, że strona może żądać wglądu do innych akt niż akta jej sprawy na podstawie

przepisów szczególnych. W tym wypadku strona nie działa jednak na podstawie przepisu art. 73, lecz na podstawie przepisów szczególnych ustanawiających takie prawo (ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, Dz. U. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.)

W niniejszym postępowaniu zaplanowana do zakupu ilość świadczeń wynosiła 60.832 pkt, a ilość zakupiona w wyniku rozstrzygnięcia postępowania wynosi 67.547 pkt. Świadczenia w niniejszym zakresie zostały zatem zabezpieczone.

W odniesieniu do zarzutów Odwołującego się, wniesionych po zapoznaniu się przez Odwołującego z dokumentacją w trybie art. 10 kpa podmiotów konkurencyjnych (pismem z dnia 16.09.2013 r.) stwierdzić należy, co następuje:

1. Odnośnie zarzutu naruszenia §1 ust 1 pkt 1 i 2 Zarządzenia Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.09.2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. poprzez nieprawidłową ocenę kryterium: „jakość” i „kompleksowość”:

Wszyscy oferenci w złożonych oświadczeniach do składanych w konkursie ofert, zobowiązali się do przedstawienia w ofercie danych zgodnych ze stanem prawnym i faktycznym. Konsekwencją składania fałszywych oświadczeń jest ponoszenie przez oferentów odpowiedzialności z tego tytułu tj. rozwiązywanie umów po przeprowadzonych ewentualnych kontrolach realizacji tychże umów.

Komisja konkursowa w trakcie trwającego postępowania, przyjęła jednolity sposób weryfikacji certyfikatów, w przypadku oferentów, którzy na pytanie w ankiecie nr 1.4.1.1 „Czy oferent posiada certyfikat ISO w zakresie usług medycznych, ważny w dniu zawarcia umowy? udzielili twierdzącej odpowiedzi. W sytuacji, kiedy data ważności certyfikatu upływała w trakcie toczącego się postępowania, Komisja nie mogła zakładać, iż oferent go nie odnowi do czasu zawarcia umowy, zatem uznawała jego posiadanie i aktualność pod warunkiem potwierdzenia przez oferenta daty planowanego audytu odnowienia ISO, w tym czasie.

**Oferent Nadmorskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.** posiadał certyfikat ISO ważny do 27.05.2013 r. potwierdzając jednocześnie jego odnowienie w dniu 7 maja 2013 r. (pismo z dnia 23.04.2013 r.). Ostatecznie certyfikat wydłużono do 27.05.2016 r., co potwierdził przesyłając do POW NFZ stosowny dokument.

**Oferent Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ETER-MED Sp. z o. o.** posiadał certyfikat ważny do 16.06.2013 r. potwierdzając jednocześnie jego odnowienie w dniach 7-8 maja 2013 r. (pismo z dnia 23.04.2013 r.). Ostatecznie certyfikat wydłużono do 16.07.2016 r., co potwierdził

przesyłając do POW NFZ stosowny dokument. Podobnie w przypadku oferenta Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej STOGI Sp. z o. o., który posiadał certyfikat ISO ważny do 20.06.2013 r. i ostatecznie przedłużony do 11.06.2016 r., co również potwierdził przysyłając do POW NFZ odpowiedni dokument.

Wobec powyższego zarzut podniesiony przez Odwołującego dot. nieprawidłowego przyznania punktów w ramach kryterium „jakość” za posiadanie certyfikatu ISO w przypadku wszystkich w/w oferentów jest nieuzasadniony.

Ustosunkowując się do zarzutu dot. nieprawidłowej oceny przez komisję oferty **Nadmorskiego Centrum Medycznego Sp. z o. o.** za kryterium „kompleksowość” na podstawie pytania ankietowego nr 1.8.3.2 „*Czy oferent zapewnia dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym?*” i udzielonej odpowiedzi: „*Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy*” należy zauważyć, że komisja wezwała w/w oferenta do uzupełnienia braków formalnych dot. przedstawienia umów podwykonawstwa. Załącznik Nr 1 do umowy zawartej z Diagnostyka Sp. z o. o. obejmuje również zakres badań mikrobiologicznych.

Odnosnie zaś odpowiedzi oferenta **Haliny Ewy Kwitek – Socha** na pytanie ankietowe nr 1.8.3.1 „*Czy oferent zapewnia dostęp do badań RTG?*” jest również prawidłowa. Powyższe potwierdza dołączona do oferty umowa podwykonawstwa zawarta z NZOZ „Przychodnią Morena” Sp. z o. o. ul. Jaśkowa Dolina 105 w Gdańsku, na wykonywanie między innymi badań RTG. Przedmiotowa umowa obejmuje również realizowanie przez podwykonawcę zlokalizowanego, w tym samym budynku (pod tym samym adresem co oferent) - badań USG, zatem został spełniony warunek dot. pytania nr 1.8.3.3 „*Czy oferent zapewnia realizację badań USG - w lokalizacji?*” Należy podkreślić, że zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (ze zm.: „*lokalizacja – to budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń.*”

Powyższy zarzut należało zatem uznać za w pełni nieuzasadniony.

2. Odnosnie zarzutu nieudostępnienia pełnej dokumentacji postępowania poprzez nieudostępnienie materiałów dokumentujących przebieg postępowania, a jedynie protokoły końcowe z negocjacji:

Prawo do informacji publicznej podlega ograniczeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej lub tajemnicę przedsiębiorstwa lub tajemnicę przedsiębiorcy. Ustawodawca wymieniając tajemnicę przedsiębiorstwa, jako przesłankę ograniczenia dostępu do informacji publicznej, obok prywatności jednostki przypisał tej tajemnicy szczególną rangę, pozwalającą na jej porównanie z prawem do ochrony prywatności jednostki. Ustawodawca definiując „tajemnicę przedsiębiorstwa” w ustawie z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, wskazał w art. 11 ust.4, iż: przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co, do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności. Tym samym ustawodawca stworzył katalog otwarty zdarzeń mogących stanowić tajemnicę przedsiębiorstwa i których naruszenie karane jest odpowiedzialnością cywilną i karną.

Tajemnicę przedsiębiorcy w praktyce i orzecznictwie wyprowadza się z tajemnicy przedsiębiorstwa, i choć pojęcia te w zasadzie się pokrywają zakresowo, to istnieją sytuacje, w których tajemnica przedsiębiorcy może być rozumiana szerzej, niż tajemnica przedsiębiorstwa, i dla których nie jest wymagane spełnienie przesłanki gospodarczej wartości informacji. Mając na uwadze okoliczność, iż obowiązujące przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ograniczają się jedynie do podzielnia postępowania konkursowego na część jawną i część niejawną nie precyzując, jakie informacje i komu na poszczególnych etapach tego postępowania mogą być ujawnione oraz panujące wśród świadczeniodawców przekonanie o tajności danych ujawnionych w ofercie oraz przebiegu negocjacji – stworzyły, w braku wyraźnych przepisów prawa, zwyczaj, że pierwotna cena zaproponowana w ofercie, przebieg negocjacji tej ceny oraz informacje ujawniane w toku negocjacji są informacjami stanowiącymi tajemnicę przedsiębiorcy co do których, przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufnego charakteru.

Powyższe stało się podstawą do dokonania odmowy, na podstawie art. 2 ust. 1 w związku z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2011 r. o dostępie do informacji publicznej, udostępnienia odwołującemu się danych dotyczących pierwotnej ceny oferty oraz informacji z przebiegu negocjacji.

### 3. Odnośnie zarzutu naruszenia art. 154 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

Organ odwoławczy uwzględnił odwołanie, jeżeli zaskarżone rozstrzygnięcie jest obarczone błędami merytorycznymi. Uwzględniając zatem środek zaskarżenia daje temu wyraz w sentencji

swojej decyzji; zawiera ona wówczas stwierdzenie „uwzględnia się” odwołanie. W niniejszej sytuacji organ odwoławczy nie stwierdził błędów w samym postępowaniu komisji konkursowej, a jedynie błędy w postępowaniu administracyjnym (wszczętym na skutek wniesienia odwołania przez oferenta) i nakazał organowi I instancji powtórzenie czynności administracyjnych, a nie merytorycznych tj postępowania w sprawie wyboru oferty. Tym samym powyższy zarzut należy uznać za całkowicie nieuzasadniony.

Wobec braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 24 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - należało je oddalić.

  
p.o. D Y R E K T O R A  
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Małgorzata Paszkowicz*

#### **Pouczenie**

W oparciu o art. 154 ust.4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie, ul. Grójecka 186. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji.

