

Podmiot leczniczy:
Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
im. Św. Jana z Dukli
ul. Dr. K. Jaczewskiego 7
20-090 Lublin

DECYZJA Nr 17 /2015/154.3
DYREKTORA LUBELSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

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 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach i art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 267 z późn. zm.), zwanej dalej k.p.a., po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez podmiot leczniczy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli, 20-090 Lublin, ul. Dr. K. Jaczewskiego 7, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania Nr 03-15-000055/SZP/03/1/03.4070.030.02/03, przeprowadzonego w trybie rokowań, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: Hematologia – Hospitalizacja, w tym: Hematologia – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny, na obszarze powiatu m. Lublin,

- oddalam odwołanie.

Uzasadnienie

Dyrektor Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 21 października 2015 r. ogłosił postępowanie Nr 03-15-000055/SZP/03/1/03.4070.030.02/03, w trybie rokowań, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: Hematologia – Hospitalizacja, w tym Hematologia – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny, na obszarze powiatu miasta Lublin.

Do rokowań zostały zaproszone podmioty: Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli, 20-090 Lublin, ul. Dr. K. Jaczewskiego 7 i Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin.

Planowe rozstrzygnięcie postępowania wskazane na dzień 5 listopada 2015 r. zostało przesunięte stosownym ogłoszeniem na dzień 9 listopada 2015 r. Do zawarcia umowy został wybrany podmiot leczniczy Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin.

Od ww. rozstrzygnięcia, w dniu 16 listopada 2015 r., odwołanie wniósł podmiot leczniczy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli, 20-090 Lublin, ul. Dr. K. Jaczewskiego 7, zwany dalej Odwołującym lub COZL. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

Wniesienie przez Odwołującego odwołania od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania rozpoczęło postępowanie administracyjne, prowadzone w oparciu o przepisy k.p.a. W oparciu o art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach ustalono, że status strony postępowania posiada Odwołujący oraz podmiot wybrany w przedmiotowym postępowaniu do udzielania świadczeń.

Pismem z dnia 17 listopada 2015 r. strony zostały poinformowane o przysługujących im prawach, wynikających z art. 10 k.p.a. - korespondencja została doręczona stronom skutecznie. Z prawa wglądu do akt sprawy skorzystały oba podmioty.

W przedmiotowym postępowaniu ustalono następujący stan faktyczny:

W ogłoszeniu o postępowaniu wskazano wartość zamówienia nie większą niż 199 992,00 PLN, na okres rozliczeniowy od 16 listopada 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. Okres obowiązywania umowy: od 16 listopada 2015 r. do 30 czerwca 2016 r.

W ogłoszeniu o postępowaniu wskazano, iż oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów, spełniające wymagania określone w:

- Zarządzeniu Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

- Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym zarządzeniem Nr 11/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 marca 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 24/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 maja 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 52/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 60/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 września 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 62/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 73/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 87/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 grudnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 100/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 5/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 49/2015/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 53/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 67/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 października 2015 r.,

- Zarządzeniu Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zmienionym zarządzeniem Nr 1/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 4/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 lutego 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 23/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 81/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 88/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 96/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 97/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2014 r., zmienionym zarządzeniem Nr 2/2015/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 stycznia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 1/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 stycznia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 4/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 27/2015/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 34/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 47/2015/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 sierpnia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 48/2015/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 61/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2015 r., zmienionym zarządzeniem Nr 70/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2015 r.,
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520), zmienionym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 1441), zmienionym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1301).

W dniu ogłoszenia postępowania, tj. w dniu 21 października 2015 r., na stronie internetowej Lubelskiego OW NFZ został zamieszczony „Komunikat w sprawie cen oczekiwanych jednostek rozliczeniowych w rokowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2015 i w latach następnych”.

Komisja Konkursowa nr 16, dalej jako Komisja, działała w oparciu o 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. 2014 poz. 1980).

Komisja w toku prowadzenia postępowania dokonała weryfikacji udzielonych przez oferentów odpowiedzi na pytania ankietowe, w oparciu o informacje zawarte w części szczegółowej ofert. Celem zweryfikowania danych zawartych w ofertach ze stanem faktycznym, Komisja przeprowadziła weryfikację danych w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofertach. Wyniki weryfikacji potwierdziły zgodność danych podanych w ofertach ze stanem faktycznym.

Z uwagi na zbieżność propozycji oferentów, co do ceny za jednostkę rozliczeniową oraz liczby jednostek rozliczeniowych z oczekiwaniami Lubelskiego OW NFZ, Komisja przyjęła obie oferty do dalszego procedowania bez negocjacji.

Po dokonaniu weryfikacji ofert, Komisja w oparciu o system informatyczny dokonała oceny punktowej ofert. Oferty oceniane były przez Komisję zgodnie z kryteriami, określonymi w art.146 ust.1 pkt 2, wymienionymi w powołanym wyżej art. 148 ustawy o świadczeniach oraz Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie ww. aktów prawnych Komisja przeprowadziła analizę porównawczą ofert biorących udział w postępowaniu. Stosownie do wymogów wskazanego wyżej art. 148 ustawy o świadczeniach, analiza porównawcza obejmowała: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją, cenę.

Ocena punktowa poszczególnych kryteriów oceny oferty dokonywana była na podstawie wypełnionych przez oferenta list ankiet, dotyczących danego kryterium będących częścią złożonych ofert. Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynika z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez oferenta odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę zostały wzięte wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś Odwołujący w oświadczeniu (wzór załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), załączonym do oferty oświadczył, że zapoznał się z warunkami postępowania, z warunkami zawierania umów, nie zgłasza do nich zastrzeżeń i przyjmuje je do stosowania.

Celem zapoznania z wynikami oceny punktowej ofert, oferentom została przedstawiona w formie pisemnej ocena ofert dokonana przez Komisję. W piśmie przewodnim skierowanym do oferentów Komisja zawarła informację cyt. "Mając na uwadze zapoznanie Oferenta z oceną złożonej oferty, w poszczególnych kryteriach oceny, Komisja Konkursowa w załączeniu do niniejszego pisma przekazuje Zestawienie oceny punktowej oferty w poszczególnych jej kryteriach. Ocena oferty została dokonana zgodnie z kryteriami określonymi w Zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. Oferent winien zapoznać się z przedstawioną oceną i pisemnie (poprzez złożenie *Oświadczenia*) wyrazić jej akceptację lub brak akceptacji. W przypadku braku akceptacji Oferent winien wnieść pisemnie uzasadnienie do takiego stanowiska. *Oświadczenie* należy przekazać (pocztą, pocztą elektroniczną lub dostarczyć osobiście)...". Obaj oferenci pisemnie potwierdzili akceptację wyniku oceny punktowej oferty przedstawionej przez Komisję.

W ww. piśmie znalazła się również następująca informacja cyt. „*Podstawą do zakwalifikowania oferty/ofert do zawarcia umowy będzie wartość przedmiotu postępowania konkursowego, wartość złożonych ofert oraz miejsce oferty w rankingu końcowym postępowania konkursowego zajęte według oceny punktowej oferty*”.

W dalszej części postępowania sporządzono ranking końcowy ofert uszeregowany w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny oferty (szczegóły poniżej):

Nazwa oferenta	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	Max liczba punktów możliwa do otrzymania z tytułu oceny ofert	% udział otrzymanych punktów oceny do liczby max
		ciągłość	kompleksowość	jakość	dostępność	pozostałe	razem			
SAMODZIELNY PUBLICZNY SZPITAL KLINICZNY NR 1 W LUBLINIE	10	5	25	51,8	5	0	86,8	96,8	108	90%
CENTRUM ONKOLOGII ZIEMI LUBELSKIEJ IM. ŚW. JANA Z DUKLI	10	0	15,34	14,45	5	0	34,79	44,79		41%

Zważając na fakt, że organ ma obowiązek skontrolować rozstrzygnięcie z punktu widzenia zasady równego traktowania wszystkich świadczeniodawców i porównać oceny ofert poszczególnych świadczeniodawców oraz skontrolować te oceny z samymi ofertami, poniżej została przedstawiona tabela stanowiąca wypełnienie przywołanego zobowiązania:

KRYTERIUM	PYTANIE/ROZDZIAŁ	ILOŚĆ PUNKTÓW MOŻLIWA DO UZYSKANIA Z OCENY OFERTY	ILOŚĆ PUNKTÓW UZYSKANA Z OCENY OFERTY:	
			03-15-000055[03/1]-0001/00 SPSK NR 1	03-15-000055[03/1]-0002/00 COZL
CIĄGŁOŚĆ	Czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie?	5,00	5,00	0,00
CIĄGŁOŚĆ Suma		5,00	5,00	0,00
DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	Czy oferent zapewnia na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno - sanitarnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych?	1,67	1,67	1,67
DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	Czy oferent zapewnia podjazdy oraz dojścia o nachyleniu zgodnym z przepisami wydanymi na podstawie art. 7 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (tekst jednolity Dz.U.2013.1409)?	1,67	1,67	1,67
DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO	Czy oferent zapewnia przy lokalizacji poradni/ gabinetu powyżej pierwszej kondygnacji: dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach, a w budynkach do dwóch kondygnacji możliwe inne urządzenie techniczne umożliwiające wjazd niepełnosprawnych albo lokalizacja na parterze?	1,67	1,67	1,67
DOSTĘP DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH RUCHOWO Suma		5,00	5,00	5,00
JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - AKREDYTACJA MINISTRA ZDROWIA - STANDARDY	Czy oferent posiada certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?	3,60	3,60	0,00

JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - AKREDYTACJA MINISTRA ZDROWIA - STANDARDY	Standardy akredytacyjne Ministra Zdrowia zostały spełnione w przedziale:	2,40	1,20	0,00
JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - AKREDYTACJA MINISTRA ZDROWIA - STANDARDY Suma		6,00	4,80	0,00
JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - SYSTEMY ZARZĄDZANIA	Czy oferent posiada certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy lub certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?	2,00	2,00	0,00
JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - SYSTEMY ZARZĄDZANIA	Czy oferent posiada certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?	2,00	2,00	0,00
JAKOŚĆ - ZEWNĘTRZNA OCENA - SYSTEMY ZARZĄDZANIA Suma		4,00	4,00	0,00
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczenia: Immunoablacja w nabytej aplazji szpiku o których mowa w załączniku nr 3a cz. I, pkt 13, ppkt 13.1 do Zarządzenia Prezesa NFZ w spr. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne?	2,78	2,78	0,00
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup: S21-S23 o których mowa w załączniku nr 3a cz. I, pkt 13, ppkt 13.2 i 13.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w spr. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne?	2,78	2,78	0,00
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	Czy oferent zapewnia możliwość pobierania i badania szpiku kostnego - w miejscu?	0,56	0,56	0,56
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	Czy oferent zapewnia realizację badań biopsji pod kontrolą USG - w miejscu?	0,56	0,56	0,56
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	WDO - Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii komputerowej (TK) - w lokalizacji?	0,56	0,56	0,56
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	WDO - Czy oferent zapewnia realizację badań tomografii wielorządowej (WRTK) - w lokalizacji?	0,56	0,56	0,56
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	WDO - Czy oferent zapewnia realizację badań angiografii/ lub DSA (cyfrowa angiografia subtrakcyjna) - w lokalizacji?	0,56	0,56	0,56
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	WDO - Czy oferent zapewnia realizację badań endoskopowych - w lokalizacji?	0,56	0,56	0,56
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	WDO - Czy oferent zapewnia realizację badań rezonansu magnetycznego (RM) - w lokalizacji?	0,56	0,56	0,56

KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW	WDO Czy oferent zapewnia realizację zadań związanych z koordynacją przeszczepień - zatrudnienie w wymiarze czasu pracy nie mniej niż 1/4 etatu?	0,56	0,56	0,56
KOMPLEKSOWOŚĆ - DOSTĘP DO BADAŃ I ZABIEGÓW Suma		10,00	10,00	4,44
KOMPLEKSOWOŚĆ - PORADNIE / ODDZIAŁY / PRACOWNIE	(3) Czy oferent posiada wpisaną w rejestrze, część VIII kodu resortowego: 1070 Poradnię hematologiczną?	4,09	4,09	4,09
KOMPLEKSOWOŚĆ - PORADNIE / ODDZIAŁY / PRACOWNIE	(3) Czy oferent posiada wpisaną w rejestrze, część VIII kodu resortowego: 1650 Poradnię transplantologiczną?	4,09	4,09	0,00
KOMPLEKSOWOŚĆ - PORADNIE / ODDZIAŁY / PRACOWNIE	WDO Czy oferent posiada wpis w rejestrze, część VIII kodu resortowego: Apteka szpitalna/zakładowa?	6,82	6,82	6,82
KOMPLEKSOWOŚĆ - PORADNIE / ODDZIAŁY / PRACOWNIE Suma		15,00	15,00	10,90
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy oferent prowadzi badania PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections) w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków?	0,68	0,68	0,00
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek?	0,68	0,68	0,00
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii?	0,68	0,68	0,00
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata?	0,45	0,45	0,45
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy szpital posiada i stosuje własny program racjonalnej polityki antybiotykowej, zgodnie z rekomendacjami Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków, aktualizowany nie rzadziej niż co 2 lata?	0,23	0,23	0,23
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia lekarska lub choroby zakaźne?	0,45	0,45	0,45

KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy Szpital zapewnia izolację w sali z własnym węzłem sanitarnym pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem zakażenia lub nosicielstwem szczepów drobnoustrojów stwarzających szczególne zagrożenie?	0,23	0,23	0,23
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w okresie ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego?	0,23	0,23	0,23
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w okresie ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk używanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę osobodni?	0,23	0,23	0,23
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Czy Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu, w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii, dostępne na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej?	0,23	0,23	0,23
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ	Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie:	0,91	0,91	0,91
KONTROLA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH I POLITYKI ANTYBIOTYKOWEJ Suma		5,00	5,00	2,95
PERSONEL	Czy oferent zapewnia dla realizacji świadczeń dodatkowo równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalistę w dziedzinie hematologii?	20,00	20,00	0,00
PERSONEL	Czy w realizacji świadczeń uczestniczy psycholog kliniczny - w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi co najmniej 1 etatu?	5,00	5,00	0,00
PERSONEL Suma		25,00	25,00	0,00
SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA	Czy oferent zapewnia aparat USG - w miejscu?	10,00	10,00	10,00
SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA Suma		10,00	10,00	10,00
WARUNKI DOTYCZĄCE POMIESZCZEŃ	WDO Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek	1,50	1,50	0,00
WARUNKI DOTYCZĄCE POMIESZCZEŃ	WDO Czy oferent zapewnia w każdym oddziale co najmniej jeden pokój jednoosobowy z węzłem sanitarnym lub izolatkę?	1,50	1,50	1,50
WARUNKI DOTYCZĄCE POMIESZCZEŃ Suma		3,00	3,00	1,50
CENA	CENA	20,00	10,00	10,00
CENA Suma		20,00	10,00	10,00
Suma końcowa		108,00	96,80	44,79

Po zweryfikowaniu dokonanej oceny ofert, w tym Odwołującego, stwierdzam brak uchybień w dokonanych czynnościach. Oferta złożona przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie uzyskała znacznie większą liczbę pkt od oferty Odwołującego.

Organ zweryfikował dokonaną przez Komisję analizę negatywnych odpowiedzi ankietowych udzielonych w ofercie przez Odwołującego, które w sposób istotny wpłynęły na otrzymanie łącznej oceny oferty w ilości 44,79 pkt na 108 pkt możliwych do otrzymania.

Pytanie ankietowe	Odpowiedź oferenta	Liczba punktów otrzymanych za dane pytanie	Liczba punktów możliwych do otrzymania za dane pytanie
Czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie?	NIE	0,00	5,00
Czy oferent zapewnia dla realizacji świadczeń dodatkowo równoważnik, co najmniej 2 etatów - specjalistę w dziedzinie hematologii?	NIE	0,00	20,00
Czy w realizacji świadczeń uczestniczy psycholog kliniczny - w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi, co najmniej 1 etatu?	NIE	0,00	5,00
Czy oferent prowadzi badania PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections) w zewnętrznych badaniach wielośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków?	NIE	0,00	0,68
Czy Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii?	NIE	0,00	0,68
Czy Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek?	NIE	0,00	0,68
Czy oferent posiada certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?	NIE	0,00	2,00
Czy oferent posiada certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego lub certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy lub certyfikat ISO 27001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji lub certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?	NIE	0,00	2,00
Czy oferent posiada certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia, ważny w dniu złożenia oferty oraz w dniu rozpoczęcia obowiązywania umowy?	NIE	0,00	3,60
Standardy akredytacyjne Ministra Zdrowia zostały spełnione w przedziale:	oferent nie posiada akredytacji ministra zdrowia	0,00	2,40
Czy oferent zapewnia stację mycia i dezynfekcji łóżek	NIE	0,00	1,50
Czy oferent posiada wpisana w rejestrze, część VIII kodu resortowego: 1650 Poradnię transplantologiczną?	NIE	0,00	4,09
Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczenia: Immunoablacja w nabytej aplazji szpiku o których mowa w załączniku nr 3a cz. I, pkt 13, ppkt 13.1 do Zarządzenia Prezesa NFZ w spr. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne?	NIE	0,00	2,78
Czy oferent spełnia wszystkie warunki dodatkowo wymagane dla realizacji świadczeń z grup: S21-S23 o których mowa w załączniku nr 3a cz. I, pkt 13, ppkt 13.2 i 13.3 do Zarządzenia Prezesa NFZ w spr. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne?	NIE	0,00	2,78
CENA		10,00	20,00
	Łącznie	10,00	73,19

Z powyższej analizy oraz z rankingu końcowego wynika, że oferta Odwołującego, została oceniona niżej od oferty konkurencyjnej, w szczególności w kryterium jakości, dostępności, oraz kompleksowości.

Zakres analizy, odzwierciedlony w tabeli poniżej, w odniesieniu do oferty Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie wskazuje, że liczba pytań ankietowych w których udzielono odpowiedzi skutkujących brakiem uzyskania maksymalnej liczby punktów jest znacznie mniejsza, co niewątpliwie wpłynęło na otrzymanie oceny punktowej oferty w ilości 96,8 pkt na 108 pkt możliwych do otrzymania.

Pytanie ankietowe	Odpowiedź oferenta	Liczba punktów otrzymanych za dane pytanie	Liczba punktów możliwych do otrzymania za dane pytanie
Standardy akredytacyjne Ministra Zdrowia zostały spełnione w przedziale:	W przedziale 80% - 90%	1,20	2,40
CENA		10,00	20,00
Łącznie		11,2	22,4

Komisja do zawarcia umowy wybrała Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, zgodnie z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, tj. 96,8 pkt, do wyczerpania łącznej wartości zamówienia, określonej w ogłoszeniu.

Z uwagi na ilość środków finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania, nie było możliwości wyboru obu Oferentów. Komisja zaproponowała pisemnie oferentowi Samodzielnemu Publicznemu Szpitalowi Klinicznemu nr 1 w Lublinie zmianę stanowiska w sprawie liczby punktów rozliczeniowych będących przedmiotem złożonej oferty, co ewentualnie umożliwiłoby zakwalifikowanie drugiej oferty do zawarcia umowy. Powyższa propozycja Komisji nie uzyskała akceptacji ww. Oferenta.

Tak jak zostało już wskazane na wstępie, od rozstrzygnięcia postępowania, w dniu 16 listopada 2015 r., odwołanie złożył podmiot leczniczy Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli, 20-090 Lublin, ul. Dr. K. Jaczewskiego 7, w którym wniósł o ponowne przeprowadzenie rokowań zmierzających do zawarcia umowy w zakresie tożsamym do postępowania skarżonego.

Odwołujący zarzucił, że podjęte rozstrzygnięcie narusza art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach, w części dotyczącej ciągłości udzielonych świadczeń i ich dostępności, w rozumieniu art. 5 pkt 2 oraz art. 134 ustawy o świadczeniach, poprzez naruszenie zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania.

Odwołujący w pierwszej części odwołania wskazał, że:

- prowadzone postępowanie miało min. na celu umożliwienie świadczeniobiorcom-pacjentom COZL, zachowanie ciągłości udzielania świadczeń, w przypadku konieczności dalszego leczenia wspomagającego preparatami krwiopochodnymi, leczenia ratunkowego, w przypadku zagrożenia życia nie wynikającego z powikłania chemioterapii, a z przebiegu choroby nowotworowej. Powyższe przypadki wymagają kierowania chorych na oddziały szpitalne u innych świadczeniodawców, co uniemożliwia zachowanie ciągłości leczenia i stanowi nieuzasadnioną przerwę w procesie leczenia,
 - brak umowy w zakresie Hematologia-hospitalizacja uniemożliwia pacjentom, którzy wybrali COZL jako świadczeniodawcę, przeprowadzenie pełnej diagnostyki w sytuacji, kiedy ta diagnostyka może być wykonana wyłącznie w warunkach szpitalnych, np. w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia,
 - brak możliwości leczenia hematologicznego może dotyczyć także takich sytuacji, w których pacjent z nienowotworowymi chorobami hematologicznymi stanowiącymi zagrożenie zdrowia i życia trafi na Oddział Hematologii i ma możliwość leczenia tylko w ramach chemioterapii - taka sytuacja również narusza zasadę dostępności,
 - w zakończonym postępowaniu będącym przedmiotem odwołania, Komisja nie uwzględniła ww. okoliczności, co stanowi naruszenie zasady ciągłości i kompleksowości w udzielaniu świadczeń, a także praw ubezpieczonych zagwarantowanych ustawą w tym wynikających z tzw. pakietu onkologicznego, głównie w zakresie terminowego diagnozowania.
- Ponadto, Odwołujący podniósł zarzut nierównoprawnego stosowania kryteriów przyjętych jako podstawa dokonanych ocen i przyjęcie ilości uzyskanych punktów jako jedynego miernika decydującego o wybraniu oferty do podpisania umowy.

Odwołujący wskazał również, że:

- Oddział Hematologii COZL został uruchomiony w miesiącu lipcu 2015 r. w obsadzie 4 lekarzy na 3 etatach przeliczeniowych, 8 łóżek. Natomiast, Oddział Hematologii, Transplantacji Szpiku i Chemioterapii kontr Oferenta działa od września 2005 r. i liczy 41 łóżek (dane z rejestru zakładów opieki zdrowotnej). W ocenie Odwołującego, przedstawione zestawienie wyraźnie wskazuje, że

każde formalne porównanie ich potencjału, zarówno osobowego jak i sprzętowego, będzie niekorzystne dla COZL,

- celem powstania Oddziału Hematologii w COZL była konieczność uzupełnienia procesu leczenia pacjentów, tak aby ta opieka była kompleksowa i ciągła. Oddział Hematologii SPSK Nr 1 w Lublinie, oprócz charakteru szpitalnego ma także cechy oddziału klinicznego z prowadzoną działalnością kliniczną i naukową,

- mając na uwadze zasadnicze różnice pomiędzy oferentami biorącymi udział w skarżonym postępowaniu, w ocenie Odwołującego uzasadniony jest zarzut ich nierównoprawnego traktowania i brak zindywidualizowanej oceny, w miejsce której zastosowano ocenę wysoko sformalizowaną, nie uwzględniającą zasadniczych różnic pomiędzy oferentami. Dodatkowo należy podkreślić, że prowadzone postępowanie dawało możliwość wyboru obydwu oferentów do podpisania umowy, a unormowania prawne nie nakazywały wybrania tylko jednego oferenta.

W dniu 23 listopada 2015 r. do Oddziału wpłynęło pismo Odwołującego, w którym wskazał, że podtrzymuje zarzuty zawarte w odwołaniu, a w szczególności dotyczące naruszenia zasady uczciwej konkurencji poprzez nieuprawnione i niedozwolone działanie Przewodniczącego Komisji. Odwołujący uzasadniając swoje stanowisko podniósł, że w materiałach z postępowania znajduje się dokument z dnia 5 listopada 2015 r. przekazany faksem do Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie, w którym Przewodniczący Komisji wystąpił o zajęcie stanowiska w kwestii możliwości ustalenia mniejszej liczby jednostek rozliczeniowych niż wskazana w ofercie. Na dokumencie tym znajduje się odrębna adnotacja Dyrektora ww. podmiotu o braku wyrażenia zgody.

Ponadto, Odwołujący podniósł, że w materiałach z postępowania brak jest jakiegokolwiek dokumentacji z której wynika, że Przewodniczący Komisji został upoważniony przez Komisję do występowania w jej imieniu na zewnątrz, a przedmiot wystąpienia był przez nią zaakceptowany na posiedzeniu. Odwołujący wskazał, że w jego ocenie takie działanie nie znajduje umocowania w *Regulaminie pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, będącym załącznikiem do uchwały nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r. i jest złamaniem postanowień tego Regulaminu wydanego na podstawie przepisów ustawy przywołanej w odwołaniu. Natomiast, zapytanie zawarte w dokumencie z dnia 5 listopada 2015 r. i odrębna odpowiedź to jednoosobowe negocjacje, co do liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzone przez Przewodniczącego Komisji z jednym z oferentów, a negocjacje powinna prowadzić komisja konkursowa z wszystkimi zaproszonymi oferentami i dokumentować ich przebieg w protokole z negocjacji.

Odwołujący odniósł się również do pisma z dnia 5 listopada 2015 r. Przewodniczącego Komisji do Przewodniczącej Biura Obsługi Konkursu ofert, informującego o zmianie terminu rozstrzygnięcia postępowania z dnia 5 listopada 2015 r. na 9 listopada 2015 r., za zgodą Dyrektora Oddziału, z uwagi na potrzebę uszczegółowienia ostatecznych stanowisk oferentów, podnosząc, że pismo nie jest prośbą o uszczegółowienie oferty, lecz prostym pytaniem do oferenta czy zgodzi się na zmianę oferty, co do liczby jednostek rozliczeniowych wskazanych w ofercie. Natomiast, Odwołujący nie został wezwany do uszczegółowienia oferty w jakimkolwiek jej punkcie.

Odwołujący sformułował wniosek, że działania, o których mowa powyżej, podjęte przez Przewodniczącego Komisji, wskazują na zauważenie przez Oddział potrzeby zwiększenia liczby miejsc udzielania świadczeń z 1 na 2. Takie rozstrzygnięcie nie byłoby sprzeczne z prawem i zlikwidowałoby monopolistyczną pozycję Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie w tym zakresie i umożliwiłoby ubezpieczonym realizację ich podstawowego prawa wyboru świadczeniodawcy w pobliżu miejscu zamieszkania i ograniczyło ich migrację poza teren działania Oddziału w Lublinie.

Należy zważyć, co następuje.

Zgodnie z art. 104 § 1 k.p.a. organ administracji publicznej załatwia sprawę przez wydanie decyzji.

W myśl zapisów art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach, 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. Art. 152 ust. 2 ustawy o świadczeniach wskazuje, że środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy
- 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Artykuł 154 ust. 1 i ust. 3 ustawy o świadczeniach wskazuje, że 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. Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Zgodnie z art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1 lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4 oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa o świadczeniach stanowi podstawę powierzenia organom Narodowego Funduszu Zdrowia określenia warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją tych świadczeń i jest podstawą określenia zadań władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Realizacja ustawowych obowiązków organów Funduszu we wskazanych obszarach skonkretyzowana została przede wszystkim w dziale VI ustawy zatytułowanym "Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami". Określenie w tym rozdziale trybu postępowania i zasad postępowania w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych służy wypełnieniu przez Fundusz celów postawionych przez ustawodawcę, a zakreślonych przez art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji.

Ustawowym obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikającym z art. 134 ustawy o świadczeniach, jest prowadzenie postępowania konkursowego z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Artykuł 146 ust.1 ustawy o świadczeniach wskazuje na kompetencje Prezesa Funduszu do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców.

Organ rozstrzygający, mając na względzie przytoczone powyżej regulacje prawne, zbadał czy rozstrzygnięcie postępowania przeprowadzonego przez Komisję, dokonane zostało z naruszeniem zasad postępowania i czy skutek tego interes prawny stron postępowania doznał uszczerbku. Zweryfikowano wszystkie czynności dokonane przez Komisję, ich zgodność z przepisami i legalność postępowania.

Na podstawie analizy akt sprawy stwierdzono, że rozstrzygnięcie postępowania zostało dokonane zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, warunkami postępowania i warunkami zawierania umów.

Odnosząc się do argumentów Odwołującego podniesionych w pierwszej części odwołania, a dotyczących w szczególności kryterium ciągłości i dostępności do świadczeń oraz celu prowadzenia postępowania, należy wskazać, co następuje.

Zasady, według których prowadzone było postępowanie określone są wprost w ustawie o świadczeniach oraz aktach wykonawczych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 139 ust. 5 ustawy. Zasady te były znane obu oferentom biorącym udział w postępowaniu, w tym Odwołującemu.

Komisja w ramach postępowania stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec 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 Świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Dostępne były na tablicach ogłoszeń u Zamawiającego (w siedzibie Oddziału) oraz na stronach internetowych Oddziału. Sposób udostępnienia materiałów umożliwiał zapoznanie się z nimi przez wszystkich oferentów.

Kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od Świadczeniodawców, jak wykazano powyżej, były jawne i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Ocena ofert, w tym oferty Odwołującego, odbywała się o enumeratywnie określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste. W przywołanym zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie

zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późniejszymi zmianami, wskazane zostało z jakimi okolicznościami przypisanymi poszczególnym kryteriom oceny wiążą się określone ilości punktów. Wskazać należy, że Odwołujący składając ofertę złożył Oświadczenie (wzór załącznik nr 3 do Zarządzenie Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), w którym oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz, że przyjmuje je do stosowania. Jednym z przepisów wskazanych w ogłoszeniu, do którego ma zastosowanie ww. Oświadczenie jest Zarządzenie Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W ww. Zarządzeniu uszczegółowienie znalazło pojęcie kryterium ciągłości oraz kompleksowości.

Definicja ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej została wprowadzona ustawą z dnia 11 października 2013 r. *o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1290).

W art. 5 *ustawy o świadczeniach*, dodano pkt 2a w brzmieniu: „2a) ciągłość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów;”.

Wykładnią tej zmiany może być uzasadnienie projektu ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Z uzasadnienia tego wynika, że "kryterium ciągłości należy rozumieć jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego oraz ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń. Kryterium to premiować będzie oferty świadczeniodawców realizujących obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każda zmiana świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej zakłóca proces leczenia, a także skutkuje przerwaniem ciągłości kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia. Oferta nowego świadczeniodawcy powinna zatem być lepsza, aby uzasadniać związane z jej wyborem zmiany".

Kryterium ciągłości nie nadano dowolnego znaczenia, w szczególności sprzecznego z podstawowymi zasadami postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, tj. zasadą równego traktowania świadczeniodawców z zachowaniem uczciwej konkurencji, a także sprzecznego z celem i założeniem tego kryterium.

Podkreślić należy, że powyższe kryterium stanowi kryterium ustawowe, wobec czego Prezes Funduszu był zobligowany do uwzględnienia w kryteriach oceny ofert również kryterium ciągłości, w celu zagwarantowania praw i interesów pacjentów do zmniejszenia ryzyka przerwania udzielania świadczeń lub przerwania procesu leczenia i stworzenia narzędzia służącego porównaniu ofert. Niedokonanie powyższego powodować mogło narażenie się na zarzut naruszenia zasady praworządności.

Zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 4) zarządzenia Prezesa NFZ nr 3/2014/DSOZ, oceny ofert dokonuje się według kryterium ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej - rozumianej jako organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, w szczególności ograniczającą ryzyko przerwania procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej realizowanego na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w dniu złożenia oferty w postępowaniu w sprawie zawarcia umów - ocenianej w szczególności poprzez: a) organizację świadczeń/turnusów zapewniającą systematyczny rozkład świadczeń w okresie obowiązywania umowy; b) realizację procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Treść definicji zawartej w zarządzeniu Prezesa NFZ jest zbieżna z zacytowaną powyżej ustawową definicją ciągłości. Od 1 stycznia 2014 r. nie może już budzić wątpliwości to, że kryterium ciągłości uwzględnia to, czy oferent w dniu złożenia oferty realizuje proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, czyli innymi słowy, czy w dacie złożenia oferty udziela świadczeń medycznych na podstawie kontraktu zawartego

z Narodowym Funduszem Zdrowia i to w ramach danego zakresu świadczeń. Tak rozumiane kryterium ciągłości w ocenie organu Narodowego Funduszu Zdrowia zastosowane zostało prawidłowo.

W myśl § 1 ust. 4 zarządzenia, szczegółowe parametry kryteriów oceny, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 oraz waga poszczególnych kryteriów w ocenie łącznej, w podziale na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń opieki zdrowotnej, określone zostały w załączniku nr 1 do zarządzenia. Znalazło to odzwierciedlenie w elementach oferty w postaci pytania: *Czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie?*

Komisja dokonała oceny wszystkich ofert zgodnie z Zarządzeniem Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wszystkie oferty oceniane były przy zastosowaniu jednakowych kryteriów. Stosowane w postępowaniu kryteria zapewniały obiektywne porównanie ofert – o ich zastosowaniu nie decydowała Komisja – kryteria te, w tym kryterium ciągłości, jak wskazano powyżej wynikają wprost z przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Zastosowanie zdefiniowanych kryteriów nie może być więc uznane za naruszenie przepisów prawa.

Świadczeniodawca spełniający kryterium ciągłości w dacie złożenia oferty mógł uzyskać 5 pkt. Przyjęta w ustawie o świadczeniach i zarządzeniu Prezesa NFZ definicja ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, nie stanowi naruszenia zasady równości, gdyż stanowi tylko jeden z wielu elementów oceny podmiotu ubiegającego się o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z Wyrokiem Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gorzowie Wielkopolskim z dnia 10 grudnia 2014 r., sygn. akt II SA/Go 691/14, cyt.: *„Kryterium ciągłości wcale nie dyskryminuje przedsiębiorców działających na rynku usług medycznych. Należy zatem podzielić pogląd drugi wskazując, że szansą na wejście nowych podmiotów na rynek medyczny jest: obniżenie ceny i podwyższenie jakości udzielanego świadczenia. W innym przypadku nie ma potrzeb zmiany oferenta. Zgodnie z art. 134 ust. 1u.ś.o.z NFZ 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. Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu takich samych kryteriów oraz sposobu procedowania w stosunku do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu”*.

Dalej Wojewódzki Sąd Administracyjny w Gorzowie Wielkopolskim stwierdził, *„że kryterium ciągłości nie jest kryterium wyłącznym, lecz preferencją usprawiedliwioną dobrem pacjentów. Ilość punktów przewidziana w zarządzeniu Prezesa NFZ za zagwarantowanie "ciągłości" stanowi kilka procent łącznej możliwej do uzyskania w konkursie sumy punktów. Dlatego nie narusza ona również zasady proporcjonalności. Z tych względów zarzut ten sąd uznał za niezasadny”*.

Niezależnie od powyższego należy wskazać, że uzyskanie przez Odwołującego maksymalnej liczby 5 pkt w kryterium ciągłości nie niósłoby ze sobą skutku w postaci wyboru jego oferty do zawarcia umowy, gdyż oferta zajmująca pierwszą pozycję w rankingu uzyskała łącznie 96,8 pkt, a oferta Odwołującego 44,79 pkt. W przedmiotowej sprawie 5 pkt dotyczących kryterium ciągłości nie zmieniłoby kolejności miejsc w rankingu końcowym.

Dokonując ponownej oceny przeprowadzonego postępowania konkursowego należy stwierdzić, że Komisja zapewniła świadczeniobiorcom prawo do zachowania płynności i pewności uzyskania świadczeń w zakresie określonym ogłoszeniem, przy jednoczesnym zagwarantowaniu jakości udzielania świadczeń.

Ze stanu faktycznego sprawy wynika że Odwołujący w dniu złożenia oferty na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem OW NFZ nie prowadził nieprzerwanej systematycznej realizacji świadczeń w zakresie Hematologia – Hospitalizacja, w tym: Hematologia – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny. Na pytanie zawarte w ofercie: *Czy w dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy zawartej z Funduszem proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie?* Odwołujący udzielił odpowiedzi „Nie”. W związku z tym Odwołujący za to kryterium nie uzyskał dodatkowych punktów.

To kryterium zostało spełnione przez oferenta: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, ul. Staszica 16, 20-081 Lublin. Liczba punktów, którą uzyskał wybrany oferent za kryterium ciągłość, stanowiła tylko kilka procent łącznej możliwej do uzyskania w konkursie sumy punktów i nie przesądzała o wskazaniu oferenta do zawarcia umowy. W przypadku spełnienia przez oferentów warunków świadczących o wysokiej jakości udzielania świadczeń, spełnienie tego

kryterium pozwoliło na zapewnienia pacjentom gwarancji udzielania świadczeń w sposób umożliwiający kontynuację procesu diagnostycznego lub terapeutycznego. Skarżący uzyskał w kryterium jakość o 37,35 punktów mniej od oferenta wybranego do zawarcia umowy.

Odwołujący na etapie prowadzonego postępowania, pisemnie zaakceptował punktową ocenę ofert przedstawioną przez Komisję, która stanowiła podstawę do rankingu ofert, a tym samym miała istotne znaczenie przy wyborze oferty do zawarcia umowy. Powyższa ocena punktowa ofert odnosiła się również do kryterium ciągłości oraz kompleksowości. Z tytułu przedstawionej oceny punktowej oferty, Odwołujący nie negował jej prawidłowości na etapie postępowania chociażby poprzez wniesienie protestu na czynności Komisji.

Z samej definicji wynika więc, że w sytuacji ewentualnego ogłoszenia przez Oddział postępowania konkursowych/rokowań, podmioty posiadające aktualnie umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, przy ocenie ofert z tytułu kontynuacji umowy, otrzymają dodatkowe 5 punktów w ocenie oferty, w kryterium ciągłość. Każdy oferent, w sytuacji złożenia ofert na nowe zakresy świadczeń, których aktualnie nie realizuje w ramach zawartych umów, nie spełni warunku dotyczącego zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, tym samym nie otrzyma dodatkowych 5 pkt za to kryterium.

Innym ważnym kryterium oceny oferty, pozostaje zapewnianie kompleksowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, które zostało ujęte również w powołanym na wstępie zarządzeniu. Kryterium kompleksowości oceniane jest w szczególności poprzez planowaną strukturę świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie lub planowany profil leczonych przypadków, dostęp do badań i zabiegów, posiadanie w strukturze organizacyjnej poradni/oddziałów/pracowni diagnostycznych, w tym potwierdzone wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ofertę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach lub zakresach, zapewniającą łącznie ciągłość procesu diagnostycznego lub terapeutycznego.

W tym miejscu podkreślić należy, że uzyskanie odpowiedniej liczby punktów za to kryterium uzależnione jest od zakresu kontraktowanego. Dla każdego zakresu są to różne warunki, dla których można uzyskać określoną liczbę punktów przy maksymalnej wadze skalującej. Szczegóły wyceny kryterium kompleksowości dla poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń określa również zał. Nr 1 do powołanego na wstępie zarządzenia. W tej sytuacji liczba punktów jaką mógł uzyskać Odwołujący uzależniona była od spełnienia szczegółowych warunków wymienionych przy danym poziomie skalującym.

Po dokonaniu oceny działań Komisji i akt sprawy organ wskazuje, że *Komisja* dokonała oceny ofert według takich samych kryteriów oraz stosowała ten sam sposób procedowania w stosunku do obu oferentów biorących udział w danym postępowaniu. Oferenci, w tym *Odwołujący*, przystępując do postępowania znali jego warunki, tak więc nie można uznać, że została naruszona zasada równego traktowania świadczeniodawców, o której mowa w art. 134 ust. 1 *ustawy o świadczeniach*.

Zarzuty *Odwołującego* podniesione w ww. zakresie nie zasługują na uwzględnienie, ponieważ analizowane postępowanie w sprawie zawarcia umowy prowadzone było zgodnie z *ustawą o świadczeniach*, a uczestnictwo w tym postępowaniu nie dawało żadnemu z podmiotów gwarancji wyboru konkretnej oferty oraz zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze zarzut *Odwołującego* dotyczący dostępności do świadczeń przywołać należy treść art. 30 *ustawy o świadczeniach*, który wskazuje, że świadczeniobiorca ma prawo wyboru szpitala spośród szpitali, które zawarły umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b *ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej*, art. 153 ust. 7a *ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej* i art. 115 § 1a *Kodeksu karnego wykonawczego*. Natomiast w sytuacji stanu nagłego, stanowiącego bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życie pacjenta sposób postępowania z pacjentem, zasady sfinansowania przez NFZ udzielonych świadczeń przez podmiot nie posiadający zwartej umowy z NFZ, określają zapisy art. 19 ww. *ustawy o świadczeniach*.

W postępowaniu został wybrany podmiot do zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zapewniający najwyższą jakość i posiadający wystarczający potencjał wykonawczy w celu właściwej i pełnej realizacji umowy określonej ogłoszeniem. Świadczeniobiorcy mają zapewnioną dostępność do świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: Hematologia – Hospitalizacja, w tym: Hematologia – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny, na obszarze powiatu miasta Lublin, poprzez dokonany wybór świadczeniodawcy, który uzyskał najwyższą pozycję w rankingu końcowym, w przeprowadzonym postępowaniu. Fundusz zapewnił swoim

świadczeniobiorcom dostępność i ciągłość świadczeń stanowiących przedmiot zamówienia, poprzez zakup świadczeń na całą wartość zamówienia.

Odnosząc się do drugiej części odwołania, w której został podniesiony zarzut naruszenia zasady uczciwej konkurencji oraz argumenty o niekorzystnej pozycji Odwołującego, wskazać należy, że:

Zarzuty nierównoprawnego stosowania kryteriów przyjętych jako podstawy dokonania ocen i przyjęcie ilości uzyskanych punktów jako jedynego miernika decydującego o wybraniu oferty do podpisania umowy jak również zarzut sformalizowania przez NFZ postępowania wyboru świadczeniodawców, postawione przez Odwołującego, w sposób oczywisty stoją w sprzeczności z obowiązującym prawem. Zawarcie przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej musi odbywać się zgodnie z trybem określonym w ustawie o świadczeniach. Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, NFZ zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich oferentów ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Przepis art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi swoistą dyrektywę, którą ma obowiązek kierować się Fundusz podczas procedur ustawowych poprzedzających zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ten zapis ustawowy jest konkretyzacją wynikających z Konstytucji RP zasady praworządności (art. 7) oraz zasady równości wobec prawa i równego traktowania przez władze publiczne (art. 32).

Postępowanie prowadzone w formie konkursu, jak również 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. Konkurs ofert/rokowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to na ogół, że oferty niepodlegające odrzuceniu uszeregowywane są w ramach listy rankingowej od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. Wyborowi podlegają oferty, które uzyskują określoną liczbę punktów z uwzględnieniem możliwości ich zakwalifikowania ze względu na wartość określoną w ofercie/wynegocjowaną do wartości przedmiotowego postępowania. Komisja dokonuje wyboru ofert celem zawarcia umowy i uwzględnia w rozstrzygnięciu postępowania te oferty, które w rankingu końcowym osiągnęły największą liczbę punktów oceny łącznie.

Komisja przy wyborze świadczeniodawców kieruje się wyłącznie liczbą punktów uzyskanych przez oferentów na podstawie ich potencjału wykonawczego, nie różnicując oceny ofert i tym samym nie stawiając na pozycji faworyzowanej świadczeniodawców, na podstawie ich statusu prawnego, lokalizacji miejsca udzielania świadczeń czy celów stawianych sobie przez oferenta w zakresie prowadzonej działalności leczniczej – tak jak oczekuje tego Odwołujący. Powyższe jednoznacznie oznacza, że NFZ nie może się kierować zindywidualizowaniem oceny oferty jednego z oferentów celem zrealizowania jego oczekiwań w zakresie zawarcia umowy. Fakt zaproszenie świadczeniodawców do postępowania prowadzonego w trybie rokowań nie oznacza zobowiązania się zamawiającego (NFZ) do zawarcia umowy ze wszystkimi oferentami. O zakwalifikowaniu oferenta/oferentów do zawarcia umowy decydują wyżej opisane kryteria.

Art. 132 ust 5 ustawy o świadczeniach określa, że wartość umów nie może przekraczać wartości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu, a zgodnie z art. 142 ust 5 pkt 1, Komisja dokonuje wyboru ofert w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Nieuwzględnienie przez Komisję powyższych zapisów i przekroczenie wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu stanowiłoby naruszenie przepisów prawa. Dlatego Komisja wybrała jedną ofertę gwarantującą nieprzerwaną systematyczną realizację świadczeń zdrowotnych, zapewniającą najwyższą jakość udzielanych świadczeń z uwzględnieniem pełnej wartości zamówienia.

Wyłonienie świadczeniodawców w postępowaniu ma przede wszystkim na celu realizację zadania ustawowego tj. zapewnienia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, dotyczy to zarówno postępowań prowadzonych w trybie konkursu ofert oraz w trybie rokowań. W toku postępowania Fundusz zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie świadczeniodawców, z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji. Wybór świadczeniodawców dokonywany jest z uwzględnieniem kryteriów oceny ofert, tzn. kompleksowości, dostępności, ciągłości, jakości i oferowanej ceny. Określenie wymogów w stosunku do świadczeniodawców w poszczególnych rodzajach świadczeń ma na celu zagwarantowanie, że świadczenia będą udzielane na danym obszarze w sposób nieprzerwany, kompleksowy i z uwzględnieniem odpowiedniej jakości, a dostępność do nich nie będzie w żaden sposób ograniczona, Zgodnie z ustawą o świadczeniach, Fundusz działa w imieniu własnym na rzecz ubezpieczonych. Jest to podstawowe zadanie Funduszu, który w ten sposób

realizuje konstytucyjną zasadę równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej uszczegółowioną w przytoczonej powyżej ustawie.

Komisja wskazując w powyższym postępowaniu jedną ofertę do zawarcia umowy nie stała w sprzeczności z zasadami prowadzenia postępowania, a przede wszystkim nie naruszała obowiązujących przepisów prawa. Zauważyć należy, że ustawa nie regulowała ostatecznej liczby wybranych ofert „komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert”. Przepisy prawa nie nakładały więc na Komisję obowiązku wyboru więcej niż jednej oferty lecz zapewnienie ciągłości udzielanych świadczeń, ich kompleksowość i dostępność przy najkorzystniejszym bilansie ceny. W postępowaniu nr 03-15-000055/SZP/03/1/03.4070.030.02/03 wybrana oferta spełniała wszystkie kryteria. Ponieważ ustawodawca w tym zakresie wyraźnie przewidział pewną swobodę zleceniodawcy, dopuszczając możliwość wyboru różnej liczby ofert, zarzut nieprawidłowości wyboru jednej oferty jest bezprzedmiotowy. Dodatkowo, zgodnie z ideą postępowania, zadaniem Komisji jest wybór oferty najkorzystniejszej.

Odnosząc się do argumentów sformułowanych przez Odwołującego zawartych w piśmie z dnia 23 listopada 2015 r., stwierdzam, co następuje:

Przywołany przez Odwołującego *Regulamin pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, będący załącznikiem do uchwały nr 36/2005/1 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r., na etapie postępowania będącego przedmiotem wniesionego odwołania już nie obowiązywał. Brak jest aktualnie przepisów prawa określających wymóg posiadania przez przewodniczącego komisji jakiegokolwiek upoważnienia do jej reprezentowania na zewnątrz. Przewodniczący po jego wyznaczeniu przez dyrektora oddziału do pełnienia takiej roli wśród członków komisji konkursowej, zgodnie z zapisami § 7 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 (Dz. U.2014.1980), ma z mocy prawa uprawnienia do reprezentowania komisji na zewnątrz. Nie oznacza to, że sam przewodniczący podejmuje decyzje w sprawach będących przedmiotem prac komisji konkursowej. W przypadku prac Komisji Konkursowej nr 16 odbywały się posiedzenia, na których były omawiane wszystkie kwestie dotyczące prowadzonego postępowania. Aktualny stan prawny nie obliuguje przewodniczącego czy członków komisji konkursowej do dokumentowania posiedzeń komisji konkursowej.

Zgodnie z § 7 ust. 5 ww. rozporządzenia, przewodniczący na wniosek komisji konkursowej może powoływać i odwoływać spośród członków komisji zespoły do realizacji określonych zadań, ustalając równocześnie ich skład, wyznaczając kierownika zespołu oraz określając zadania zespołu – tak się stało w przypadku prowadzenia weryfikacji, w miejscu udzielania świadczeń, zgodności ofert ze stanem faktycznym, przeprowadzonej przez powołany zespół w tym zakresie.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego w zakresie braku dokumentów dotyczących negocjacji i braku upoważnienia od członków Komisji do ich przeprowadzenia, stwierdzam, że Przewodniczący Komisji nie prowadził negocjacji co do ceny i liczby punktów rozliczeniowych z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 w Lublinie, a wyłącznie zadał pisemnie pytanie Oferentowi, który uzyskał największą liczbę punktów z oceny oferty, czy istniałaby możliwość zmiany stanowiska w sprawie liczby punktów rozliczeniowych. Wystosowanie zapytania przez Komisję wynikało z faktu podania w ogłoszeniu postępowania maksymalnej liczby 2 umów, którą przewidział Dyrektor Oddziału do zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego. Pozytywna odpowiedź Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie warunkowała podjęcie przez Komisję dalszych negocjacji z oferentami, a tym samym podjęcia działań zmierzających do uszczegółowienia stanowisk wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu, co stanowiło uzasadnienie wniosku Komisji do Dyrektora Oddziału o przesunięcie terminu rozstrzygnięcia postępowania. Tak więc, przedłużenie terminu ogłoszenia rozstrzygnięcia rokowań i podjęta inicjatywa stanowiły działania Komisji, które przy innym stanowisku drugiego Oferenta mogłyby zmienić stan rozstrzygnięcia.

Z uwagi na zajęcie 1 miejsca w rankingu ofert wynikającym z liczby punktów którą otrzymała oferta Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie 96,80 pkt, przy liczbie punktów 44,79 otrzymanych przez Odwołującego, negocjacje musiały być przeprowadzone w pierwszej kolejności z ww. oferentem. Tylko w przypadku ustalenia mniejszej wartości umowy z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 w Lublinie (oferta w pełni wyczerpała wartość ogłoszonego postępowania konkursowego), mogły zaistnieć podstawy do zaproszenia do

negocjacji drugiego oferenta, celem zaproponowania pozostałej kwoty. Brak zgody Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie na zmianę stanowiska w sprawie zmiany liczby punktów rozliczeniowych skutkującej zmniejszeniem wartości umowy, uniemożliwiło Komisji przeprowadzenie negocjacji z oferentami.

Wskazać jednocześnie należy i uznać jako istotne w sprawie, że wybranie jednego oferenta w wyniku rozstrzygnięcia postępowania nie ogranicza dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców, gdyż przy ewentualnym wyborze 2 świadczeniodawców wartość przedmiotu ogłoszenia (zawartych umów) nie uległaby zwiększeniu w stosunku do podanej w ogłoszeniu, a tylko wtedy można mówić o rzeczywistym wzroście dostępności do świadczeń, wyrażonym zwiększeniem nakładów na świadczenia.

Dokonana analiza postępowania konkursowego, potwierdza jego przeprowadzenie zgodnie z przepisami prawa oraz przestrzeganiem zasad w nich zawartych jednakowo w stosunku do obu oferentów biorących udział w postępowaniu.

Weryfikacja postępowania Komisji i analiza akt sprawy potwierdzają, że nie miało miejsca naruszenie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, bowiem Komisja zachowała zasady równego traktowania Oferentów zarówno w zakresie ogłoszenia jak również przeprowadzenia postępowania w trybie rokowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w trybie rokowań, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: Hematologia – Hospitalizacja, w tym: Hematologia – Hospitalizacja – Pakiet Onkologiczny, na obszarze powiatu miasta Lublin.

Działania Komisji w zakresie oceny stanu faktycznego sprawy, w tym oferty Odwołującego, oraz dokonana weryfikacja i ocena działań podejmowanych w toku postępowania nr 03-15-000055/SZP/03/1/03.4070.030.02/03 potwierdza prawidłowość i legalność tych działań, skutkując jednocześnie uznaniem, że Komisja nie naruszyła w żadnym stopniu przepisów regulujących postępowanie w sprawie zawarcia umów. Nie stwierdzono zaistnienia sytuacji skutkujących przyznaniem przez Komisję zwiększonej ilości punktów za spełnienie kryteriów, których oceniane oferty nie przedstawiały – nie doszło do bezpodstawnego zawyżenia oceny punktowej ofert biorących udział w postępowaniu. Komisja respektowała zasadę równego traktowania oferentów przy ustalaniu rankingu świadczeniodawców dokonując pełnej weryfikacji oceny zarówno oferty Odwołującego się oraz oferty konkurencyjnej, pod względem zgodności z wymaganiami stawianymi oferentom. Nie wykazano również, aby jakiegokolwiek działania Komisji powodowały uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego. W trakcie przedmiotowego postępowania Komisja zapewniła równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach.

Odwołujący się oferent w niniejszej sprawie kwestionuje nie dokonanie wyboru jego oferty, podczas gdy winien wykazać gravamen, czyli uszczerbek w interesie prawnym w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania konkursu ofert. Przedstawione przez Odwołującego uzasadnienie wniosku nie wyczerpuje powyższej zasady.

Z uwagi na fakt, że nie zostały naruszone obowiązujące zasady przeprowadzenia przedmiotowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a działanie Komisji było zgodne z prawem, stwierdzić należy, że interes prawny Odwołującego nie doznał uszczerbku, o którym mowa w art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Wobec tego, brak jest podstaw prawnych do uwzględnienia żądania Odwołującego.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach, od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy złożony do Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

P.O. DYREKTORA
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Otrzymują:

1. Odwołujący – Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. Św. Jana z Dukli.
2. Podmiot na prawach strony/Świadczeniodawca wybrany do realizacji umowy w postępowaniu nr 03-15-000055/SZP/03/1/03.4070.030.02/03:
 - Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie, 20-081 Lublin, ul. Staszica 16.
3. a/a Lubelski OW NFZ (WSOZ, WEF, WO).

