

Białystok, dnia 26.04.2017r.

WOP.422.11.2017

Decyzja Nr 11/2017/SPO
Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez **HELP HANDS R.ZAJKOWSKA SPÓŁKĘ JAWNĄ, ul. Warszawska 9 lok.4, 15-062 Białystok**, zwaną dalej „Odwołującym”, od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na obszarze powiatu: Białystok

Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddala odwołanie.

Uzasadnienie

W dniu 8 lutego 2017r. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze powiatu: Białystok, od 1 lipca 2017r. do 30 czerwca 2022r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 1 035 984,00 PLN na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2017r. do 31 grudnia 2017r. oraz wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostanie zawartych maksymalnie 8 umów. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 22 lutego 2017r.

Na przedmiotowe postępowanie wpłynęło 13 ofert, w tym oferta Odwołującego nr 10-17-000051[14/1]-0010/00.

Otwarcie ofert nastąpiło dnia 28 lutego 2017r.

Komisja konkursowa prowadząca niniejsze postępowanie działała na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014r. 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. poz. 1980 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem o pracach komisji”.

Po rozpoznaniu ofert w części jawnej komisja konkursowa uznała, że oferta Odwołującego spełnia warunki formalne i nie podlega odrzuceniu w tej części postępowania. Dnia 20 marca 2017r., w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową niezgodności

wybranych odpowiedzi ankietowych z danymi zawartymi w części szczegółowej formularza ofertowego oraz danymi znajdującymi się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie warunków rankingujących, komisja konkursowa podjęła decyzję o dokonaniu zmiany w systemie informatycznym w zakresie zawartych w ofercie odpowiedzi ankietowych udzielonych przez Odwołującego. Po dokonaniu oceny ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu, komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, których oferty nie zostały odrzucone. W wyniku negocjacji z dnia 31 marca 2017r., ustalono z Odwołującym ostateczne stanowiska co do ceny i liczby świadczeń, w wyniku czego został sporządzony i podpisany przez obie strony protokół końcowy ze zbieżnymi stanowiskami.

W dniu 4 kwietnia 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego, zgodnie z którym oferta Odwołującego nie została wybrana do zawarcia umowy. W dniu 6 kwietnia 2017r. Odwołujący, na podstawie art. 135 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zapoznał się z aktami postępowania konkursowego, z wyłączeniem informacji zastrzeżonych przez kontroferenta jako tajemnica przedsiębiorstwa. Następnie, dnia 12 kwietnia 2017r. (data nadania 11 kwietnia 2017r.) wpłynęło odwołanie Odwołującego od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w którym zarzucił:

- 1) naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach i zał. nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.) poprzez wadliwą ocenę Odwołującego w kryterium dostępności w zakresie warunku „Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”, co spowodowało zaniżenie punktacji o 3 pkt i niewybranie do zawarcia umowy;
- 2) naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art. 140 ust. 1 i art. 147 ustawy o świadczeniach poprzez prowadzenie postępowania w sposób niegwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, gdyż przedmiot zamówienia nie został opisany w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń oraz dokonanie zmiany interpretacji przez Fundusz w kryterium dostępności po złożeniu ofert;
- 3) naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach poprzez nieodrzućenie oferty z tytułu podania informacji nieprawdziwych przez BETAMED S.A.;
- 4) naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach poprzez zaniechanie odrzucenia 4 ofert niespełniających warunków wymaganych zgodnych z zał. 4B rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015r., poz. 1658) związanych z zapewnieniem kontaktu telefonicznego, bowiem w zasobach wskazanych w ofertach nie został wymieniony telefon;
- 5) naruszenie art. 148 ust. 1 pkt 1-5 ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w

postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez:

- a) porównywanie ofert, które nie posiadały załączników potwierdzających dane przedstawione w ofertach w kryterium jakości, takich jak ukończenie kursów, posiadanie wymaganego doświadczenia – tylko na podstawie danych ankietowych,
 - b) odstąpienie od weryfikacji personelu, co stwarza wątpliwości co do prawidłowości oceny personelu podanego przez BETAMED S.A., która jako firma ogólnokrajowa mogła podać ten sam personel w różnych oddziałach Funduszu, na co wskazuje składanie propozycji zatrudnienia personelowi Odwołującego,
 - c) przyznanie ww. spółce punktów za certyfikat, podczas gdy z rejestru wojewody nie wynika, aby dotyczył on lokalizacji w miejscu złożenia oferty,
 - d) weryfikacja pacjentów wg skali Barthel na podstawie systemów informatycznych, a nie na podstawie oceny załączonej do skierowania i dokumentacji,
 - e) brak potwierdzenia w dokumentacji, że jest zachowana ciągłość udzielania świadczeń po hospitalizacji;
- 6) naruszenie art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach poprzez zaniżenie ceny oczekiwanej do 24 zł, podczas gdy do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji, która została ustalona na poziomie 30,08 zł;
 - 7) naruszenie art. 150 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 2 k.k. poprzez zaniechanie unieważnienia postępowania w sytuacji, gdy ograniczenie ilości świadczeniodawców nie leży w interesie ubezpieczonych, którzy zostaną pozbawieni dotychczasowej opieki i zmuszeni do poddania się opiece jednemu podmiotowi, bez prawa wyboru świadczeniodawcy;
 - 8) doprowadzenia do monopolizacji usług zdrowotnych przez 1 podmiot, który osiągnie dominującą pozycję na terenie kontraktowania świadczeń oraz na rynku krajowym, co narusza ustawę z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. z 2017r. poz. 229 ze zm.), w szczególności art. 4 pkt 10, a także ograniczy pacjentom dostępność do świadczeń i spowoduje obniżenie ich jakości, co z kolei narusza art. 6 i 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2016r. poz. 86 ze zm.);
 - 9) naruszenie zaufania Odwołującego do komisji konkursowej, która oceniała i rankingowała podmiot NZOZ Pigułka w kryterium ciągłości, pomimo iż na terenie kontraktowania nie miał zawartej umowy z NFZ.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W myśl art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu. Tym samym w niniejszym postępowaniu stronami są:

1. HELP HANDS R.ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA– Odwołujący.
2. BETAMED Spółka Akcyjna.
3. MULTI-MEDICA Przzychodnia Lekarska Anna Romanik i Partnerzy.

4. MULTI-MEDICA Spółka Jawna T. Brant i Wspólnicy.
5. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FIDOS" S.C. Ewa Taranta, Lidia Masiak, Bożena Saczko, Grażyna Utko, Beata Makarewicz.
6. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED Zofia Stojak.

Pismem z dnia 12 kwietnia 2017r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), zwany dalej „kpa”, przysługuje im prawo do czynnego udziału w każdym stadium 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. Dnia 13 kwietnia 2017r. strona postępowania NZOZ „FIDOS” S.C., skorzystała z przysługującego uprawnienia.

Po rozpatrzeniu odwołania Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zważył co następuje:

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz 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. W myśl art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołanie w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

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

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, winni byli spełnić wymagania wynikające z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, w tym wymagania określone przez Ministra Zdrowia, na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015r., poz. 1658), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych” oraz wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

1. Zarządzeniu Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zwanym dalej „warunkami zawierania i realizacji umów”.

2. Zarządzeniu Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanym dalej „warunkami postępowania”. Powyższe zarządzenia zostały wydane przez Prezesa NFZ w oparciu o delegację ustawową określoną w art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Ocena ofert w postępowaniu dokonywana była natomiast w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.), zwane dalej „kryteriami oceny ofert”.

Ogłoszenie o konkursie ofert, zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 6 rozporządzenia o pracach komisji, zawierało wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, w tym powyższych zarządzeń.

Odwołujący złożył w ofercie oświadczenie z dnia 22 lutego 2017r. zgodnie z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania, w którym w punkcie 1 stwierdził: „zapoznałem się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania”. oświadczając jednocześnie w pkt 13, że „dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”. Tym samym Odwołujący zobowiązał się do podania danych odpowiadających stanowi rzeczywistości.

W przedmiotowym postępowaniu skutecznie zostało złożonych 12 ofert (jedna oferta została wycofana przez oferenta). W części jawnej postępowania konkursowego oferty poddawane były ocenie komisji konkursowej pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych. Komisja konkursowa wezwała 3 oferentów, których oferty dotknięte były brakami formalnymi, do ich uzupełnienia w wyznaczonym terminie. Jednocześnie, na podstawie § 17 rozporządzenia o pracach komisji, przeprowadzone zostały czynności weryfikacyjne u 4 oferentów, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonych przez nich ofertach.

Po rozpoznaniu ofert w części jawnej komisja konkursowa odrzuciła w całości 2 oferty i przyjęła do dalszego postępowania 10 ofert, w tym ofertę Odwołującego.

W części niejawnej postępowania, zgodnie z art. 148 ust.1 ustawy o świadczeniach, dokonuje się porównania ofert według kryteriów wyboru ofert:

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

Ponadto, zgodnie z ust. 2 ww. artykułu, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada:

- 1) umowę, o której mowa w art. 311c ust.4;
- 2) ważną pozytywną opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1, albo ważną pozytywną opinię w sprawie protestu.

Wskazać należy, że kryteria oceny ofert, określone w art. 148 ustawy o świadczeniach, skonkretyzowane zostały w odniesieniu do poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 ze zm.). Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w odniesieniu do przedmiotowego postępowania określony został w załączniku nr 6 do ww. rozporządzenia. Natomiast szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny określone zostały w załączniku nr 17. Zgodnie z przedmiotowym załącznikiem, liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

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

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

gdzie:

y_c – liczba punktów oceny danej oferty w zakresie kryterium ceny,

C_{maks} - 1,1 x C_{NFZ} ,

C_{min} - 0,9 x C_{NFZ} ,

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

W oparciu o kryteria obowiązujące w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet komisja dokonała oceny ofert, będącej podstawą do sporządzenia rankingu otwarcia. Ranking powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny uwzględniającej wszystkie kryteria różnicujące oferty. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez komisję konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Takim samym zasadom postępowania oraz jednolitym kryteriom oceny podlegały wszystkie oferty złożone i zakwalifikowane do części niejawnej postępowania konkursowego. Należy przy tym podkreślić, że zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, nie podlegały zmianie w toku postępowania i nie mógł ich zmienić ani oferent ani zamawiający. Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych

pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez oferenta odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

Zgodnie z treścią zapytań ofertowych w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej, ocena ofert obejmowała kryterium jakości, dostępności, ciągłości oraz ceny. Należy wziąć pod uwagę, iż kryterium kompleksowości w przedmiotowym zakresie, nie jest oceniane, dlatego też w rankingu wszystkie oferty za wyżej wymienione kryterium otrzymywały wartość punktową 0.

Poniższa tabela przedstawia ocenę ofert zawartą w rankingu otwarcia z dnia 15 marca 2017r.

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punktów z tyt. pozostałych kryteriów	Łączna liczba punktów oceny
					J	K	D	C	I		
1	10-17-000051[14/1]-0011/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED ZOFIA STOJAK	OPD MIESZKA 15-054 BIAŁYSTOK ul. MIESZKA I 8C/207	3,5416	62	0	9	19	0	90	93,5416
2	10-17-000051[14/1]-0012/00	VITAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-215 BIAŁYSTOK ul. MICKIEWICZA 44A	2,5	62	0	12	14	0	88	90,5
3	10-17-000051[14/1]-0006/00	MULTI-MEDICA SPÓŁKA JAWNA T.BRANT I WSPÓLNICY	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOKAL U5 P.14	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
3	10-17-000051[14/1]-0008/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FIDOS" S.C. EWA TARANTA, LIDIA MASIĄK, BOŻENA SACZKO, GRAŻYNA UTKO, BEATA MAKAREWICZ	GABINET PIELĘGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ 15-183 BIAŁYSTOK ul. SIEWNA 2	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
3	10-17-000051[14/1]-0005/00	MULTI-MEDICA PRZYCHODNIA LEKARSKA ANNA ROMANIK I PARTNERZY	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOK.U5	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
4	10-17-000051[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA -SALA	GABINET PIELĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ 15-530 BIAŁYSTOK ul. BARANOWICKA 203/18	5	62	0	9	14	0	85	90
5	10-17-000051[14/1]-0010/00	"HELP HANDS" R. ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE ZAJKOWSCY 15-062 BIAŁYSTOK ul. WARSZAWSKA 9/4	3,5416	62	0	9	14	0	85	88,5416
6	10-17-000051[14/1]-0003/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-066 BIAŁYSTOK ul. STANISŁAWA BUKOWSKIEGO 1/2	2,5	61	0	9	14	2	86	88,5
7	10-17-000051[14/1]-0004/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PIGUŁKA" CILULKO, SZPAKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-028 BIAŁYSTOK ul. SŁONIMSKA 15/1/32	4,5833	62	0	9	4	0	75	79,5833
8	10-17-000051[14/1]-0013/00	PRAKTYKA PIELĘGNIAREK ŚRODOWISKOWYCH AGATA LESZCZYŃSKA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-222 BIAŁYSTOK ul. ADAMA MICKIEWICZA 14/28	5	50	0	0	4	0	54	59

Z rankingu otwarcia wynika, że oferta złożona przez Odwołującego uzyskała ogółem 88,5416 pkt, w tym za jakość – 62 pkt, za dostępność - 9 pkt, za ciągłość – 14 pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 3,5416 pkt.

W związku z rozbieżnościami występującymi w ofercie Odwołującego pomiędzy odpowiedziami na pytania ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego, a danymi posiadanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa w dniu 20 marca 2017r. podjęła decyzję o dokonaniu zmiany w systemie informatycznym w zakresie odpowiedzi udzielonej przez Odwołującego na pytanie ankietowe w kryterium dostępności w

ten sposób, że udzielona przez Odwołującego odpowiedź „Tak” na pytanie: *”2.1.2. Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”* została zmieniona przez komisję konkursową na odpowiedź „Nie”.

Przedmiotowa weryfikacja, wynikająca z faktu, iż oferty oceniane są na podstawie wczytanych odpowiedzi ankietowych i polegająca na dostosowaniu ankiety do stanu faktycznego, skutkowałą zmniejszeniem punktacji oferty Odwołującego w kryterium dostępności z 9 pkt na 6 pkt, co znajduje odzwierciedlenie w rankingu kwalifikacyjnym z dnia 21 marca 2017r. Zgodnie z przedmiotowym rankingiem, oferta Odwołującego uzyskała łącznie 85,5416 pkt, w tym za jakość – 62 pkt, dostępność – 6 pkt, ciągłość – 14 pkt, inne – 0 pkt, cenę – 3,5416 pkt. Takie postępowanie komisji należy uznać za prawidłowe, mając na uwadze określony w art. 134 ustawy o świadczeniach obowiązek równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Po zweryfikowaniu ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, komisja konkursowa, w oparciu o art. 142 ust. 6, z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach, podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji, podczas których ustalono ostateczne stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń.

Na spotkaniu negocjacyjnym każdy z oferentów określa cenę jednostki rozliczeniowej i może ją podtrzymać w wysokości złożonej w ofercie lub obniżyć. W wyniku ostatecznych negocjacji przeprowadzonych przez komisję konkursową z Odwołującym w dniu 31 marca 2017r. strony ustaliły cenę jednostkową za osobodzień w wysokości 22,00 zł oraz łączną liczbę świadczeń na 11 926. Odzwierciedleniem dokonanych ustaleń jest protokół końcowy z negocjacji podpisany przez oferenta i komisję konkursową ze zbieżnymi stanowiskami negocjujących stron. Dokument ten opatrzony jest następującą klauzulą : *„Protokół końcowy zawiera ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji co do liczby i ceny. Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy. Rozbieżność stanowisk w protokole końcowym oznacza, że oferta nie zostanie wybrana. W przypadku wystąpienia rozbieżności i odmowy podpisania przez oferenta protokołu końcowego, komisja odnotowuje ten fakt w pozycji „Uwagi” i podpisuje protokół końcowy jednostronnie, informując jednocześnie oferenta o zakwalifikowaniu przez komisję konkursową oferty (lub jej odrębnie ocenianej części) do kategorii ofert, które nie zostaną wybrane w toku postępowania.”* Zapisy te mają charakter informacyjny i są stosowane w taki sam sposób wobec wszystkich oferentów. Mają na celu poinformowanie stron negocjacji o ostatecznym charakterze decyzji podjętej przez strony co do przedmiotu negocjacji (ceny i liczby świadczeń) oraz o skutkach wynikających z osiągnięcia porozumienia w zakresie ceny i liczby świadczeń lub jego nieosiągnięcia. Świadomość stron co do powyższych kwestii potwierdzona jest podpisami komisji konkursowej oraz osób reprezentujących oferenta, które znajdują się bezpośrednio pod zacytowaną powyżej klauzulą.

Po zakończeniu negocjacji z oferentami, komisja konkursowa, działając w oparciu o art. 148 ustawy o świadczeniach, sporządziła w dniu 4 kwietnia 2017r. ranking końcowy w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu końcowym oferty

uszeregowane są malejąco w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny - z uwzględnieniem wyników negocjacji. W przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny, zgodnie z § 9 kryteriów oceny ofert, oferty szeregowane są w kolejności wg następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

Poniższa tabela przedstawia liczbę punktów, jaką uzyskali oferenci, w tym Odwołujący, w poszczególnych kryteriach oceny ofert w rankingu końcowym:

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						łączna liczba punktów oceny
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	Inne	razem	
1	10-17-000051[14/1]-0011/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED ZOFIA STOJAK	OPD MIESZKA 15-054 BIAŁYSTOK ul. MIESZKA I 8C/207	3,5416	62	0	6	19	0	87	90,54
2	10-17-000051[14/1]-0008/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FIDOS" S.C. EWA TARANTA, LIDIA MASIĄK, BOŻENA SĄCZKO, GRAŻYNA UTKO, BEATA MAKAREWICZ	GABINET PIELEGNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ 15-183 BIAŁYSTOK ul. SIEWNA 2	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
2	10-17-000051[14/1]-0005/00	MULTI-MEDICA PRZYCHODNIA LEKARSKA ANNA ROMANIK I PARTNERZY	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOK.U5	2,5	60	0	9	19	0	88	90,5
3	10-17-000051[14/1]-0008/00	MULTI-MEDICA SPÓŁKA JAWNA T.BRANT I WSPÓLNICY	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-843 BIAŁYSTOK ul. ŚWIĘTOKRZYSKA 5A LOKAL U5 P.14	3,0208	60	0	6	19	0	85	88,02
4	10-17-000051[14/1]-0003/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 15-066 BIAŁYSTOK ul. STANISŁAWA BUKOWSKIEGO 1/2	4,0625	61	0	6	14	2	83	87,06
5	10-17-000051[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA -SALA	GABINET PIELEGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ 15-530 BIAŁYSTOK ul. BARANOWICKA 203/18	5	62	0	6	14	0	82	87
6	10-17-000051[14/1]-0010/00	"HELP HANDS" R. ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	NZOZ CENTRUM MEDYCZNE ZAJKOWSCY 15-062 BIAŁYSTOK ul. WARSZAWSKA 9/4	4,5833	62	0	6	14	0	82	86,58
7	10-17-000051[14/1]-0004/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PIGULKA" CILULKO, SZPAKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-028 BIAŁYSTOK ul. SŁONIMSKA 15/1/32	4,5833	62	0	0	4	0	66	70,58
8	10-17-000051[14/1]-0012/00	VITAMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-215 BIAŁYSTOK ul. MICKIEWICZA 44A	2,5	42	0	9	14	0	65	67,5
9	10-17-000051[14/1]-0013/00	PRAKTYKA PIELEGNIAREK ŚRODOWISKOWYCH AGATA LESZCZYŃSKA	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-222 BIAŁYSTOK ul. ADAMA MICKIEWICZA 14/28	5	30	0	0	4	0	34	39

Zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach w części niejawnego konkursu ofert komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust.1.

Mając na uwadze powyższe, komisja dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Do zawarcia umowy wybrano 5 ofert o najwyższej łącznej ocenie punktowej, które zajęły w rankingu pozycje od 1 do 4, uzyskując odpowiednio od 90,54 do 87,06 punktów. Oferty te w istotnym stopniu wyczerpały środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania. Oferty te wprawdzie nie wyczerpały w całości wartości zamówienia wskazanego w ogłoszeniu, niemniej jednak należy zwrócić uwagę, iż środki finansowe pozostałe zamawiającemu w kwocie 8,50 PLN, nie pozwoliły na wybranie kolejnych ofert, bowiem dokonanie ich wyboru przekroczyłoby wartość zamówienia określona

w przedmiotowym postępowaniu. W związku z powyższym oferta Odwołującego, która z łączną sumą 86,58 punktów zajęła szóste miejsce w rankingu końcowym, nie została wybrana do zawarcia umowy.

Oferta Odwołującego nie została więc wybrana, mimo że spełniała wszystkie wymagania formalno-prawne i warunki wymagane w przedmiotowym postępowaniu, wynikające z obowiązujących przepisów prawa, ponieważ na przedmiotowy konkurs złożono oferty, która uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze została wybrane w celu zawarcia umowy.

W dniu 4 kwietnia 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w wyniku którego świadczenia na obszarze objętym zamówieniem zostały zabezpieczone. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 1 035 975,50 PLN. Również w tym samym dniu na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń Podlaskiego OW NFZ zostało zamieszczone ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach, gwarantująca jawność informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustosunkowując się do odwołania złożonego przez Odwołującego, należy jeszcze raz podkreślić, iż zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz 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. Zgodnie z ustawą o świadczeniach, zasadami przeprowadzania postępowania są w szczególności: równe traktowanie świadczeniodawców, niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania, przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur oraz zachowanie uczciwej konkurencji.

W odpowiedzi na zarzuty Odwołującego, wskazujące na naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art.148 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach i zał. nr 6 do kryteriów oceny ofert w związku z oceną Odwołującego w zakresie warunku dodatkowo ocenianego „2.1.2. *Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie*” i pozbawieniem go dodatkowych 3 pkt, stwierdzić należy, że ocena tego warunku oparta była na jednolitych zasadach stosowanych względem wszystkich oferentów w danym postępowaniu. Warunek uznawany był za spełniony, jeżeli dotyczył wszystkich świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w okresach pomiędzy wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki w wymaganym przedziale czasowym tj. 01.12.2015r. – 30.11.2016r. Takim jednolitym zasadom analizy podlegały dane sprawozdawcze wszystkich oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, w zakresie sprawdzenia, czy po hospitalizacji wszyscy pacjenci tych oferentów byli ponownie objęci pielęgniarstwem długoterminowym domowym, aby kryterium ciągłości opieki zostało zachowane. W związku ze stwierdzeniem, iż dane sprawozdawcze nie potwierdzają spełnienia ww. warunku przez Odwołującego, komisja konkursowa dokonała zmiany odpowiedzi udzielonej na pytanie ankietowe w kryterium dostępności „2.1.2. *Zapewnienie*

ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie” w ten sposób, że odpowiedź „Tak” udzielona przez Odwołującego została zmieniona przez komisję konkursową na odpowiedź „Nie”. Działanie komisji konkursowej polegające na dostosowaniu ankiety do stanu faktycznego tylko i wyłącznie w celu uniknięcia bezpodstawnego przyznania 3 punktów Odwołującemu za warunek, którego nie spełniał, było prawidłowe i należy uznać je za przejaw dbałości o równe traktowanie i poszanowanie uczciwej konkurencji względem wszystkich oferentów, którzy byli oceniani i porównywani w taki sam sposób - zgodnie z kryteriami oceny ofert obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu oraz zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach. Zarzuty Odwołującego w tej kwestii nie zasługują na uwzględnienie. Nie wskazują bowiem w żadnej mierze na podniesione przez Odwołującego naruszenie ustawowych zasad dotyczących równego traktowania oferentów i zasad porównywania ofert przez komisję konkursową (art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust.1 pkt 3 ustawy o świadczeniach), a są jedynie przedstawianiem szeregu okoliczności, z powodu których doszło do niespełnienia przez Odwołującego ww. warunku. Okoliczności takie jak: brak zgody pacjentów na udzielanie świadczeń, problem z uzyskaniem dokumentacji do ponownego objęcia opieką czy też wskazywanie na to, że oczekiwanie na pacjenta po hospitalizacji wiąże się z ograniczeniem dostępności dla innych pacjentów - nie świadczą o naruszeniu żadnych zasad obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu.

Uzasadniając naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art. 140 ust. 1 i art. 147 ustawy o świadczeniach poprzez prowadzenie postępowania w sposób niegwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, gdyż przedmiot zamówienia nie został opisany w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, Odwołujący zawarł w treści odwołania zarzuty, będące w swojej istocie wątpliwościami w zakresie realizacji umowy, które nie dotyczą kryteriów oceny ofert obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu konkursowym. Zasady związane z ważnością dotychczasowych skierowań bądź z koniecznością ich ponownego wystawiania nie mają związku z opisem przedmiotu zamówienia ani ze stosowanymi do oceny kryteriami oceny ofert. Pomimo tego, co podnosi Odwołujący, w zakresie warunku dodatkowo ocenianego w kryterium dostępności, którego Odwołujący nie spełniał: „2.1.2. *Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie*” nie obowiązywały rozbieżne interpretacje dotyczące przesłanek oceny spełniania warunku. Jak wskazano powyżej - kryterium było uznawane za spełnione, jeżeli dotyczyło wszystkich świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w okresach między wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki. Przyczyny, z powodu których Odwołujący nie dokonał objęcia wszystkich swoich świadczeniobiorców taką opieką, co gwarantowałoby spełnienie tego warunku i uzyskanie dodatkowych punktów rankingujących jego ofertę, nie mają wpływu na ocenę prawidłowości postępowania komisji konkursowej.

W tym miejscu należy przypomnieć, że komisja konkursowa ma obowiązek stosowania aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu konkursowym celem

dokonania oceny spełniania warunków wymaganych, dodatkowo ocenianych oraz porównania ofert, nie dokonuje natomiast ich analizy. Zarzuty Odwołującego, dotyczące obowiązujących w danym postępowaniu kryteriów oceny ofert, nie odnoszą się do naruszenia przez komisję konkursową zasad prowadzenia postępowania, których skutkiem byłby uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego. Kwestionując obowiązujące w przedmiotowym postępowaniu i zastosowane przez komisję konkursową przepisy prawne, Odwołujący wyszedł poza granice środka odwoławczego, jakim jest odwołanie określone w art. 152 w związku z art. 154 ustawy o świadczeniach.

Za niezasadny należy także uznać zarzut naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach poprzez nieodrzućcenie oferty z tytułu podania informacji nieprawdziwych przez BETAMED S.A. w zakresie warunku dodatkowo ocenianego „2.1.2. *Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie*”. W przypadku tego oferenta, po stwierdzeniu rozbieżności pomiędzy odpowiedziami na pytania ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego BETAMED S.A. a danymi posiadanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa w dniu 20 marca 2017r. podjęła decyzję o dokonaniu zmiany w systemie informatycznym w zakresie odpowiedzi udzielonej przez BETAMED S.A. na pytanie ankietowe w kryterium dostępności w ten sposób, że udzielona przez niego odpowiedź „Tak” na pytanie: „2.1.2. *Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie*” została zmieniona przez komisję konkursową na odpowiedź „Nie”. Jest to sytuacja analogiczna do sytuacji, która wystąpiła w zakresie ww. warunku dodatkowo ocenianego w ofercie Odwołującego, mająca na celu dostosowanie ofert do stanu faktycznego w ten sposób, aby żaden z oferentów nie otrzymał w sposób nienależny punktów rankingujących ofertę za warunek, którego nie spełnia. Potwierdza to prawidłowość działań komisji w zakresie przestrzegania równego traktowania oferentów.

W odpowiedzi na zarzut naruszenia art. 149 ust.1 pkt 7 ustawy o świadczeniach poprzez zaniechanie odrzucenia 4 ofert, które zdaniem Odwołującego nie spełniają warunku wymaganego z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, jakim jest zapewnienie kontaktu telefonicznego, należy zauważyć, że oferenci w przedmiotowym postępowaniu nie mieli obowiązku wykazywania w ofercie telefonu jako sprzętu wymaganego do realizacji świadczeń. Zgodnie z załącznikiem nr 4 „Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej” do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej jedynym sprzętem wymaganym w zakresie pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej jest neseser pielęgnarski dla każdej pielęgniarce i ten warunek wymagany w zakresie sprzętu wskazanego w zasobach ofertowych został spełniony przez wszystkich oferentów wybranych do zawarcia umowy. Zapewnienie kontaktu telefonicznego jest natomiast wymogiem w zakresie warunków lokalowych oferenta. Sprawdzenia warunków lokalowych dokonuje komisja konkursowa podczas weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie, dokonywanej w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu

leczniczego. Należy jednakże zauważyć, że zgodnie z § 17 ust. 3 rozporządzenia o pracach komisji, weryfikację tego rodzaju przeprowadza się u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania. Wszyscy oferenci, którym Odwołujący zarzuca niespełnianie wymagań poprzez niewykazanie telefonu mają zawarte umowy, zatem ich oferty nie podlegały takiej weryfikacji. Jak wykazano powyżej, nie wystąpiły żadne przesłanki warunkujące możliwość odrzucenia wskazywanych przez Odwołującego ofert, zatem jego zarzuty w tym zakresie nie zasługują na uwzględnienie.

Odnosząc się do kolejnych zarzutów, którymi Odwołujący uzasadnił naruszenie art. 148 ust. 1 pkt 1-5 ustawy o świadczeniach oraz kryteriów oceny ofert, takich jak:

- a) porównywanie ofert, które nie posiadały załączników potwierdzających dane przedstawione w ofertach w kryterium jakości, takich jak ukończenie kursów, posiadanie wymaganego doświadczenia – tylko na podstawie danych ankietowych,
 - b) odstępianie od weryfikacji personelu, co stwarza wątpliwości co do prawidłowości oceny personelu podanego przez BETAMED S.A., która jako firma ogólnokrajowa mogła podać ten sam personel w różnych oddziałach Funduszu, na co wskazuje składanie propozycji zatrudnienia personelowi Odwołującego,
 - c) przyznanie ww. spółce punktów za certyfikat, podczas gdy z rejestru wojewody nie wynika, aby dotyczył on lokalizacji w miejscu złożenia oferty,
 - d) weryfikacja pacjentów wg skali Barthel na podstawie systemów informatycznych, a nie na podstawie oceny załączonej do skierowania i dokumentacji,
 - e) brak potwierdzenia w dokumentacji, że jest zachowana ciągłość udzielania świadczeń po hospitalizacji
- należy stwierdzić, że nie znajdują one potwierdzenia w badanym stanie faktycznym.

Przede wszystkim należy zauważyć, że zgodnie z § 10 ust. 2 warunków postępowania oferta w formie pisemnej obejmuje wydruk formularza ofertowego oraz dokumenty i oświadczenia określone w § 14 warunków postępowania. Odwołujący niezasadnie wnioskuje o obowiązek dołączania do oferty dodatkowych dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu w kryterium jakości, podczas gdy taki obowiązek nie wynika z żadnego z aktów prawnych obowiązujących w danym postępowaniu. Żaden z oferentów nie miał obowiązku dołączania do oferty dokumentów potwierdzających ukończenie kursów czy też posiadanie doświadczenia wykazanego w danych ofertowych, bowiem takie dokumenty nie znajdują się w katalogu dokumentów wymaganych zgodnie z warunkami postępowania ani nie są wskazane w warunkach zawierania umów właściwych dla przedmiotowego postępowania. Zarówno dane przedstawione przez Odwołującego, jak i przez innych oferentów były traktowane przez komisję konkursową jako dane prawdziwe i wiarygodne – przy braku wątpliwości wskazujących na ich nieprawdziwość. Należy uznać takie postępowanie za właściwe, biorąc pod uwagę, że każdy z oferentów ponosi pełną odpowiedzialność za prawdziwość danych przedstawionych w ofercie, potwierdzając to w punkcie 13 oświadczenia zgodnego z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania.

W odpowiedzi na wątpliwości Odwołującego, dotyczące personelu wskazanego do realizacji umowy przez BETAMED S.A., przede wszystkim należy zauważyć, że składanie propozycji zatrudnienia personelowi Odwołującego po zakończeniu konkursu nie świadczy o nieprawidłowościach w ocenie oferty tego oferenta podczas postępowania ani nie uprawnia do twierdzenia, iż oferent ten w rzeczywistości nie dysponuje personelem

o kwalifikacjach odpowiednich do realizacji świadczeń będących przedmiotem umowy. Dodatkowo należy podnieść, że zgodnie z art. 64 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Jeżeli okazałoby się, iż świadczeniodawca przedstawił nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje, mające wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy, wówczas zgodnie z § 36 ust. 1 pkt 7 załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016r. poz. 1146), dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może rozwiązać umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia.

Podobnie nieuzasadniony jest zarzut Odwołującego dotyczący nieposiadania przez BETAMED S.A. wymaganego certyfikatu. W dokumentacji ofertowej ww. oferenta znajduje się certyfikat systemu zarządzania jakością zgodny z wymogami normy ISO 9001:2008, ważny do dnia 14 września 2018r., z załącznikiem, który określa, iż certyfikatem objęte są wymienione w nim oddziały organizacji, m.in. Oddział główny: Białystok 15-066, ul. Bukowskiego 1/2 i podległy oddział Łomża 18-400, ul. Sybiraków 5 lok. II, co potwierdza spełnianie przez BETAMED S.A. warunku dodatkowo ocenianego w zakresie posiadania certyfikatu, obejmującego miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie.

W odpowiedzi na zarzuty podnoszone przez Odwołującego, wskazującego na nieprawidłowości w zakresie weryfikacji ofert przez komisję konkursową, która w zakresie sprawdzenia wiarygodności odpowiedzi ankietowych w kryterium dostępności była dokonywana w oparciu o dane pozyskane z systemów informatycznych, podnieść należy, że stosowanie takiej metody jest w pełni uprawnione, biorąc pod uwagę zapisy § 17 ust. 2a pkt 1 rozporządzenia o pracach komisji, nakładającego na komisję konkursową obowiązek potwierdzania danych i informacji przekazanych przez oferenta w toku postępowania przede wszystkim w oparciu o ewidencje, rejestry lub inne zbiory danych posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W odniesieniu do szeregu dokumentów przedstawionych przez Odwołującego przy odwołaniu należy przypomnieć, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i nie dokonuje ponownej oceny ofert, sprawdza natomiast czy rozstrzygnięcie postępowania zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego. W związku z faktem, że w czasie postępowania konkursowego oferty zostały ocenione na podstawie posiadanych danych, organ nie jest uprawniony do dokonywania ponownej oceny oferty Odwołującego na podstawie dokumentów załączonych przez niego do odwołania, tym bardziej, że znajdują się wśród nich pisma wyraźnie wskazujące, iż w kryterium dostępności Odwołujący nie spełniał warunku zapewnienia wszystkim pacjentom ciągłości opieki między hospitalizacjami. Potwierdza to ustalenia dokonane przez komisję konkursową na podstawie danych z systemu informatycznego oraz dowodzi, iż nie doszło do naruszenia zasad postępowania, a tym samym nie doszło do spełnienia przesłanek w zakresie naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

W odpowiedzi na zarzut naruszenia art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach poprzez zaniżenie ceny oczekiwanej do 24 zł, podczas gdy do ustalenia kwoty zobowiązania

i warunków finansowych w danym roku stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji, która w opinii Odwołującego wynosi 30,08 zł, przede wszystkim podnieść należy, iż kwota 30,08 zł nie jest taryfą, o której mowa w art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku, stosuje się taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji do dnia 30 czerwca roku poprzedniego. Opublikowane w BIP obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, ustaliło taryfy dla dwóch świadczeń gwarantowanych udzielanych w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej. Są to: osobodzień za świadczenia pielęgniarstwa w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania - z taryfą 1,0 pkt oraz osobodzień za świadczenia pielęgnacyjne w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania - z taryfą 0,5 pkt. Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. „osobodnia za świadczenia pielęgniarstwa w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania”, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt. Obwieszczenie, o którym mowa powyżej, nie zawiera ceny jednostki rozliczeniowej, na którą powołuje się Odwołujący, lecz określa zestawienie świadczeń gwarantowanych wraz z przypisanymi taryfami, co zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach zostało uwzględnione w warunkach zawierania i realizacji umów. W *Katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych*, stanowiących załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, wskazano bowiem dwie ww. taryfy świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej - zgodnie z wartościami opublikowanymi w Biuletynie Informacji Publicznej Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji.

W związku z tym, że obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nie ustanowiło obowiązującej ceny jednostki rozliczeniowej, nie można mówić o niezgodności ceny oczekiwanej w przedmiotowym postępowaniu z tym obwieszczeniem. Natomiast podany dodatkowo przez Agencję Oceny Technologii Medycznych koszt świadczenia bazowego, oszacowany na 30,08 zł, nie stanowił jednocześnie kosztu świadczenia do obligatoryjnego zastosowania przez Dyrektora Oddziału w postępowaniach konkursowych, który ustalając ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń, zobowiązany jest uwzględnić nie tylko zapotrzebowanie na określone świadczenia, ale również możliwości finansowe, zachowując przy tym zasadę efektywnego i bezpiecznego gospodarowania środkami publicznymi. Należy również zauważyć, że rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie sukcesywnego podnoszenia ceny świadczeń w przedmiotowym zakresie, zawarta w uzasadnieniu propozycji Projektów Taryf odnosi się do postulowanego wzrostu wyceny

świadczeń w okresie dwóch lat. Proponowana w przedmiotowym postępowaniu cena oczekiwana w wysokości 24 zł nie narusza zatem art. 146 ust. 6 ustawy o świadczeniach oraz pozostaje w zgodności z aktualnie obowiązującym Obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 60/2016/DSOZ, co przesądza o niezasadności zarzutów Odwołującego.

Nieuprawniony jest jednocześnie kolejny zarzut, dotyczący naruszenia art. 149 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach z powodu nieodrżucenia przez komisję konkursową ofert, w których zdaniem Odwołującego zaproponowano cenę rażąco niską w stosunku do przedmiotu zamówienia, tj. 21,60 zł. Jak przedstawiono powyżej szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny określone zostały w załączniku nr 17 do kryteriów oceny ofert. Wskazując na sposób obliczenia punktacji w kryterium ceny, zostały w nim określone również pojęcia ceny maksymalnej oraz ceny minimalnej w danym postępowaniu. Cenę maksymalną oblicza się mnożąc współczynnik 1,1 przez cenę oczekiwaną, natomiast cena minimalna to wynik mnożenia współczynnika 0,9 przez cenę oczekiwaną. Ceną oczekiwaną, określoną przez NFZ przedmiotowym postępowaniu konkursowym było 24 zł, zatem dokonując obliczeń ceny minimalnej zgodnie z przedstawionym wzorem: $0,9 \times 24 \text{ zł}$ uzyskujemy wynik 21,60 zł – czyli dokładnie tyle, ile wynosiły najniższe propozycje cenowe oferentów w przedmiotowym postępowaniu. Zaproponowali oni zatem cenę minimalną, która będąc niższa od ceny oczekiwanej o 10% w żadnej mierze nie jest ceną rażąco niską, jak twierdzi Odwołujący.

Podnosząc zarzut naruszenia art. 150 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach w zw. z art. 2 k.k. Odwołujący wskazał na konieczność unieważnienia postępowania w sytuacji, gdy ograniczenie ilości świadczeniodawców nie leży w interesie ubezpieczonych, którzy zostaną pozbawieni dotychczasowej opieki i zmuszeni do poddania się opiece jednemu podmiotowi, bez prawa wyboru świadczeniodawcy. Biorąc pod uwagę fakt, że w przedmiotowym postępowaniu wybrano do zawarcia umowy 5 podmiotów, należy stwierdzić, że zarzut podnoszony przez Odwołującego jest nie tylko niezasadny, ale i niezrozumiały. Postępowanie konkursowe ma na celu wybranie ofert najkorzystniejszych w danym postępowaniu, nie gwarantuje zaś, że świadczeniodawcy realizujący dotychczas umowy w przedmiotowym zakresie zostaną wybrani ponownie. Konieczność dokonywania wyboru oferenta do zawarcia umowy wyłącznie spośród dotychczasowych świadczeniodawców, celem zapewnienia kontynuacji opieki w tych samych podmiotach, byłaby sprzeczna z zasadami i samą ideą konkursu ofert. W myśl art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach jednym z zadań Narodowego Funduszu Zdrowia jest określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo należy tutaj wskazać, iż miernikiem tejże dostępności nie jest liczba podmiotów wybranych do zawarcia umowy, a zakontraktowana liczba punktów lub innych jednostek rozliczeniowych. Należy podkreślić, iż w wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania świadczenia będące przedmiotem postępowania zostały zabezpieczone przez 5 podmiotów, które w ramach oferowanego potencjału wykonawczego, po dokonaniu oceny przez komisję konkursową, zapewniają realizację świadczeń będących przedmiotem zamówienia dotychczasowym i przyszłym

pacjentom, co w całości obala zarzuty Odwołującego w tym zakresie. W kontekście wyboru do realizacji umowy w ramach przedmiotu zamówienia 5 świadczeniodawców, niezasadny jest zarzut Odwołującego wskazujący na monopolizację świadczeń w przedmiotowym zakresie przez jednego świadczeniodawcę - BETAMED S.A. Zasady dokonywania wyboru ofert zostały ściśle określone i zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach komisja konkursowa dokonuje wyboru oferty lub ofert najkorzystniejszych, po porównaniu ich zgodnie z obowiązującymi kryteriami oceny ofert. Postulowana przez Odwołującego konieczność wyeliminowania z wybranych ofert najkorzystniejszych oferenta BETAMED S.A. - ze względu na jego wysoki potencjał wykonawczy i ogólnokrajowy zasięg działalności, byłaby naruszeniem podstawowych zasad obowiązujących w postępowaniu, jakimi są zasada równego traktowania oferentów i poszanowania uczciwej konkurencji.

Nie znajduje potwierdzenia w dokumentacji postępowania konkursowego zarzut Odwołującego odnośnie oceny i rankingowania przez komisję konkursową podmiotu NZOZ PIGUŁKA w kryterium ciągłości, pomimo iż na terenie kontraktowania nie miał zawartej umowy z NFZ. Należy zauważyć, że warunek, o którym pisze Odwołujący, w brzmieniu: *„W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”* nie był jedynym warunkiem dodatkowo ocenianym w kryterium ciągłości. NZOZ PIGUŁKA w części ankietowej swojej oferty wyraźnie zaznaczył, że nie spełnia tego warunku i nie otrzymał z tytułu jego spełniania żadnych dodatkowych punktów. NZOZ PIGUŁKA otrzymał natomiast 4 pkt za udzielenie odpowiedzi twierdzącej w zakresie spełniania innego warunku z kryterium ciągłości: *„Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji”*. Biorąc to pod uwagę, zarzut Odwołującego jest w tym względzie oczywiście bezzasadny, bowiem oferta ww. podmiotu została w kryterium ciągłości oceniona prawidłowo, co skutkowało przyznaniem dodatkowych punktów za warunek, który spełniała i nieprzyznaniem punktacji za warunek nierealizowany. Bezzasadność zarzutu wynika dodatkowo z faktu, iż oferta NZOZ PIGUŁKA znajduje się - podobnie jak oferta Odwołującego, wśród ofert niewybranych do zawarcia umowy, a w rankingu końcowym znalazła się na pozycji niższej niż pozycja Odwołującego. Nie zachodzi zatem między tymi ofertami żaden związek przyczynowo-skutkowy prowadzący do naruszenia interesu prawnego Odwołującego w zakresie wpływu oceny oferty NZOZ PIGUŁKA na niewybranie oferty Odwołującego.

Po ponownym przeanalizowaniu akt sprawy, dokonując jej rozpatrzenia również pod kątem licznych zarzutów Odwołującego, wskazać należy, iż żadne z naruszeń wskazywanych przez Odwołującego nie miało miejsca w przedmiotowym postępowaniu konkursowym. Wszystkie oferty złożone w postępowaniu, w tym również oferta Odwołującego, zostały poddane jednolitej ocenie zgodnie z obowiązującymi przepisami zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem obowiązujących kryteriów oceny ofert. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Postępowanie konkursowe było prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, warunkach postępowania i warunkach zawierania umów.

Reasumując, należy podkreślić, iż Odwołujący nie wykazał, aby Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub dokumentów wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad takich jak równe traktowanie świadczeniodawców, niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania oraz przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur. W związku z tym nie został naruszony interes prawny Odwołującego.

Wobec powyższego, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach należy stwierdzić, jak w sentencji.

Pouczenie:

Na podstawie art. 154 ust. 4 i ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok, w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji.

DYREKTOR
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Maciej Bogdan Oleśński

Otrzymują:

1. HELP HANDS R.ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA, ul. Warszawska 9 lok.4, 15-062 Białystok,
2. BETAMED Spółka Akcyjna, 40-065 Katowice, ul. Mikołowska 100A/802,
3. MULTI-MEDICA Przychodnia Lekarska Anna Romanik i Partnerzy, 15-843 Białystok, ul. Świętokrzyska 5A/lok. U5,
4. MULTI-MEDICA Spółka Jawna T. Brant i Wspólnicy, 15-843 Białystok, ul. Świętokrzyska 5A lok. U5 P.14,
5. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "FIDOS" s.c. Ewa Taranta, Lidia Masiak, Bożena Saczko, Grażyna Utko, Beata Makarewicz, 15-183 Białystok, ul. Siewna 2,
6. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED Zofia Stojak, 15-054 Białystok, ul. Mieszka I 8C/30,
7. a/a.