

Białystok, dnia 2³ maja 2017r.

WOP.422.17.2017

Decyzja Nr 17/2017/SPO
Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Na podstawie art. 154 ust. 6 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” oraz art. 138 § 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.) – zwanej dalej „kpa”, po rozpatrzeniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy złożonego w dniu 26 kwietnia 2017r. przez **Wiolettę Tolwińską-Salę, prowadzącą Przedsiębiorstwo Handlowe „Kalmar” Wioletta Tolwińska-Sala, 17-300 Siemiatycze, ul. Słowackiego 26, reprezentowaną przez radcę prawnego Gabriłę Jędrys, ul. Gen. Chłopickiego 1/5, 31-525 Kraków, zwaną dalej „Odwołującym”, od decyzji Nr 9/2017/SPO Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2017r. oddalającej odwołanie Odwołującego 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 postanawia:

- utrzymać w mocy zaskarżoną decyzję.

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.

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”.

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 18 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.

Na przedmiotowe postępowanie wpłynęło 13 ofert, w tym oferta Odwołującego nr 10-17-000051[14/1]-0002/00.

Otwarcie ofert nastąpiło dnia 28 lutego 2017r.

W części jawnej postępowania, dnia 1 marca 2017r. komisja konkursowa wezwała Odwołującego do usunięcia braków formalnych w zakresie wypisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w terminie do dnia 6 marca 2017r. Pismem z dnia 1 marca 2017r. Odwołujący uzupełnił braki formalne.

W związku z powyższym, dnia 3 marca 2017r. komisja konkursowa stwierdziła, iż oferta Odwołującego zawiera wszystkie dokumenty formalno-prawne określone w szczegółowych warunkach postępowania.

Następnie, dnia 10 marca 2017r. Odwołujący został wezwany do złożenia wyjaśnień w zakresie warunków wymaganych w przedmiotowym postępowaniu odnośnie dostępności miejsca udzielania świadczeń również w soboty i niedziele w godz. od 8:00 do 20:00. Stosowne wyjaśnienia wpłynęły do komisji 13 marca 2017r. Po rozpoznaniu ofert w części jawnej postępowania, oferta Odwołującego została zakwalifikowana do części niejawnej. 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 udzielonych odpowiedzi ankietowych w ofercie 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. Do zawarcia umowy zostało wybranych 5 oferentów. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 1 035 975,50 PLN.

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 11 kwietnia 2017r. (data nadania 10 kwietnia 2017r.) wpłynęło jego odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

Odwołujący zarzucił komisji konkursowej naruszenie:

- przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - załącznika nr 6, tabela nr 1, pkt 7. Przedmiot postępowania: pielęgniarstwo długoterminowe domowe, lp. II dostępność, ppkt 1.2., przez przyjęcie że oferent nie zapewnił ciągłości przez przyjęcie że oferent nie zapewnił 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;
- § 17 ust. 1 i 2 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, poprzez zaniechanie wezwania oferenta do złożenia wyjaśnień dotyczących oferty w zakresie o którym mowa w punkcie poprzedzającym oraz zaniechania żądania przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta;
- art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym Fundusz zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców, ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej

konkurencji.

- art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym odrzuca się ofertę niespełniającą wymogów określonych w przepisach prawa.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

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

1. Przedsiębiorstwo Handlowe „Kalmar” Wioletta Tołwińska-Sala, 17-300 Siemiatycze, ul. Słowackiego 26 – Odwołujący,
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 8 C/30.

Pismem z dnia 11 kwietnia 2017r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, iż zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), zwanym 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. Jednocześnie organ zawiadomił, iż postępowanie odwoławcze zostanie zakończone nie później niż 25 kwietnia 2017r.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokonał oceny przedmiotowego postępowania. Należy w tym miejscu podkreślić, iż zasadniczym celem organu rozpatrującego odwołanie jest zbadanie czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję konkursową zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy w wyniku okoliczności podniesionych w odwołaniu interes prawny Odwołującego doznał uszczerbku. 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. Oceniając przedmiotowe postępowanie konkursowe, Dyrektor Podlaskiego OW NFZ stwierdził, iż działania komisji konkursowej w żaden sposób nie naruszyły przedmiotowych zasad. Wszystkie oferty złożone w postępowaniu, w tym również oferta Odwołującego, zostały poddane jednolitej ocenie zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem kryteriów oceny ofert, obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania. Materiał zgromadzony w przedmiotowej sprawie potwierdził również,

iż w postępowaniu konkursowym nie został naruszony art. 134 ustawy o świadczeniach, zobowiązujący Fundusz do zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem zostały bowiem udostępnione potencjalnym oferentom na takich samych zasadach. Przystępując do postępowania Odwołujący miał możliwość zapoznać się z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz kryteriami oceny ofert, które zostały podane w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania. Wnioskujący posiadał więc pełną wiedzę na temat obowiązujących regulacji prawnych związanych z prowadzonym postępowaniem. Potwierdzeniem powyższego jest oświadczenie z dnia 18 lutego 2017r., w którym Odwołujący oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania. Dyrektor Podlaskiego OW NFZ nie podzielił zarzutów Odwołującego przedstawionych w odwołaniu od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

Mając na uwadze powyższe, decyzją z dnia 25 kwietnia 2017r. Nr 9/2017/SPO Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddalił przedmiotowe odwołanie, uznając, iż postępowanie konkursowe było prowadzone prawidłowo, a zarzuty Odwołującego zawarte w odwołaniu są niezasadne.

Decyzja została doręczona Odwołującemu dnia 5 maja 2017r.

Dnia 15 maja 2017r. – w ustawowym terminie, wpłynął wniosek Odwołującego o ponowne rozpatrzenie sprawy, w którym podtrzymał wszelkie zarzuty zgłoszone w odwołaniu oraz wskazał konieczność ponownego zbadania sprawy ze względu na następujące okoliczności:

- należy uznać zapewnienie przez Odwołującego 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, na podstawie danych przedstawionych przez Odwołującego, z których wynika, że 3 świadczeniobiorców wypisanych ze szpitala w piątek, zostało objętych opieką w poniedziałek, a zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia z dnia 10 maja 2017r. świadczeniodawca kontynuujący opiekę w ramach pielęgniarstwa opieki domowej zapewnia dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00, w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach; dodatkowo ocena komisji konkursowej nie jest zgodna ze stanowiskami Ministerstwa Zdrowia odnośnie kryterium dostępności;

- komisja konkursowa nie badała w ogóle kryterium dostępności, bowiem w teczce postępowania znajdował się wydruk dot. „ciągłości”, co zostało potwierdzone w decyzji,

- komisja konkursowa nie zbadała również kryterium ciągłości w zakresie warunku „Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji” bowiem oferent spełnia ww. kryterium jeżeli zawarł co najmniej jedną umowę o współpracę ze świadczeniodawcą, który realizuje umowę z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne oraz udziela ich na terenie obszaru, którego dotyczy postępowanie i może przedłożyć na wezwanie komisji kopię tej umowy; dokumenty potwierdzające znajdują się

tylko w teczkach KALMAR i BETAMED, co oznacza że komisja dokonywała weryfikacji tylko niektórych oferentów;

- oferta Multi-Medica Spółka Jawna T. Brandt i Wspólnicy została błędnie oceniona, gdyż w kryterium dostępności powinny być odjęte 3 punkty za dostępność na podstawie protokołu z dnia 20 marca 2017r. oraz ponownie 3 punkty za niespełnianie warunku dotyczącego zapewnienia ciągłości między hospitalizacjami zgodnie z rubryką ciągłość w tabeli, na podstawie której była dokonywana ocena, zatem oferent w kryterium dostępności powinien uzyskać 3 pkt zamiast 6 pkt;

- komisja dokonywała oceny na podstawie odpowiedzi ankietowych, nie potwierdzała ukończonych kursów kwalifikacyjnych i specjalizacji personelu, nie sporządzała notatek na potwierdzenie spełniania kryterium, wybrane oferty nie posiadają załączników potwierdzających jakość w zakresie personelu, brak jest wyliczeń czasu pracy w kryterium czasu pracy personelu.

Pismem z dnia 15 maja 2017r. strony postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 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. Żadna ze stron nie skorzystała z tego uprawnienia.

Dokonując ponownego rozpatrzenia sprawy Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podtrzymuje ustalenia faktyczne i prawne oraz odpowiedzi na zarzuty, zawarte w zaskarżonej decyzji.

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. Stosownie do art. 154 ustawy o świadczeniach 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. Od przedmiotowej decyzji przysługuje świadczeniodawcy wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Składa się go do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 7 dni od dnia doręczenia decyzji. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatruje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie.

Stosownie do powyższego, wskazać należy, że rozpatrując wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy Dyrektor Oddziału ma za zadanie po raz kolejny rozpoznać i rozstrzygnąć sprawę administracyjną oraz ocenić prawidłowość wydanej decyzji administracyjnej. Organ nie przeprowadza zatem ponownie postępowania konkursowego, gdyż ta czynność należy tylko i wyłącznie do komisji konkursowej, ale bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania, i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

W przedmiotowym postępowaniu skutecznie zostało złożonych 12 ofert (jedna oferta została wycofana przez składającego). 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 art. 148 ust. 2 ustawy o świadczeniach, 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. 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,

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

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 niejawnego 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 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 1 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 90 pkt, w tym za jakość – 62 pkt, za dostępność - 9 pkt, za ciągłość – 14 pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 5 pkt.

W związku z rozbieżnością występującą w ofercie Odwołującego pomiędzy odpowiedzią na pytanie ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego – Rozdział 2.1 pkt 2, a danymi posiadanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa zweryfikowała treść udzielonej przez Odwołującego odpowiedzi „TAK” na pytanie w części ankietowej oferty - „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”. Weryfikacja, polegająca na dostosowaniu ankiety do stanu faktycznego poprzez zmianę odpowiedzi na „NIE”, skutkowałą zmniejszeniem punktacji oferty Odwołującego w kryterium dostępności z 9 pkt na 6 pkt, co znajduje odzwierciedlenie w rankingu kwalifikacyjnym z dnia 28 marca 2017r. Zgodnie z przedmiotowym rankingiem, oferta Odwołującego uzyskała łącznie 87 pkt, w tym za jakość – 62 pkt, za dostępność - 6 pkt, za ciągłość – 14 pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 5 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, którą może podtrzymać w wysokości złożonej w ofercie lub obniżyć. W wyniku negocjacji z dnia 31 marca 2017r. przeprowadzonych przez komisję konkursową z Odwołującym strony ustaliły cenę jednostkową za osobodzień w wysokości 21,60 zł oraz łączną liczbę świadczeń na 10 304. 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 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
2	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
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	3,0208	60	0	6	19	0	85	88,02
4	10-17-000051[14/1]-0003/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	PIELĘGNIARSKA 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 PIELĘGNIARSKIEJ 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 "PIGUŁKA" CILULKO, SZPAKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	PIELĘGNIARSKA 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 niejawnej 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 określoną w przedmiotowym postępowaniu. W związku z powyższym oferta Odwołującego, która z łączną sumą 87 punktów zajęła piąte 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, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały 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.

W decyzji Nr 9/2017/SPO Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2017r. oddalającej odwołanie Odwołującego od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania organ dokonał rozpatrzenia zarzutów Odwołującego, podając wskazaną poniżej argumentację.

Przechodząc do zarzutów wniesionych przez Odwołującego, a dotyczących warunku dodatkowo ocenianego 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” 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 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, dotyczące pacjentów objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową w zakresie sprawdzenia czy po hospitalizacji pacjent był ponownie obejmowany pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, aby warunek ciągłości opieki w kryterium dostępności został zachowany. Na podstawie tych danych komisja konkursowa dokonywała oceny oferty w zakresie spełniania ww. warunku, co wypełnia dyspozycję § 17 ust. 2a pkt 1 rozporządzenia o pracach komisji, zgodnie z którą komisja konkursowa nie może żądać od oferenta przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta, jeżeli potwierdzenie tych danych i informacji jest możliwe na podstawie posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ewidencji, rejestrów lub innych zbiorów danych. Na podstawie analizy danych sprawozdawczych przekazanych przez Odwołującego w ramach aktualnie obowiązującej umowy, komisja konkursowa stwierdziła, iż Odwołujący nie spełnia wyżej wymienionego warunku, gdyż nie zapewnił ciągłości udzielania świadczeń w okresie po zakończeniu hospitalizacji. Znajduje to potwierdzenie również w wykazie świadczeniobiorców dołączonym przez Odwołującego do odwołania, z którego wynika, iż w przypadku 3 świadczeniobiorców nie zachował on warunku ciągłości - ocenianego w kryterium dostępności.

Komisja dokonała oceny wszystkich ofert w taki sam sposób, przy zachowaniu równego traktowania i poszanowaniu uczciwej konkurencji, Odwołujący nie otrzymał 3 punktów w kryterium dostępności za warunek, którego nie spełniał, co z przyczyn wskazanych powyżej, należy uznać za postępowanie w pełni prawidłowe. Zarzuty Odwołującego, w których wskazuje na uchybienie komisji konkursowej poprzez zdjęcie punktów w kryterium dostępności oraz zaniechanie wezwania Oferenta do złożenia wyjaśnień i przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje zawarte w ofercie nie zasługują na uwzględnienie.

Znajdujące się w teczce postępowania wydruki: Liczba pacjentów – skala Barthel 0 i Liczba pacjentów – skala Barthel 5-15, nie dotyczyły pytania odnoszącego się do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami. Nie były brane pod uwagę przy zdjęciu Odwołującemu 3 punktów. Wydrukiem dotyczący tego pytania był trzeci wydruk umieszczony w teczce postępowania, w którym ostatnia kolumna zatytułowana była „ciągłość”. Wskazywał on, które podmioty mają zachowaną ciągłość, a był opracowany na podstawie zbioru danych Funduszu.

Na marginesie należy wskazać, iż komisje konkursowe są w swych pracach autonomiczne i w różnych oddziałach Funduszu mogą wypracować własny tryb postępowania. Zarzut Odwołującego, który powołuje w dalszej części uzasadnienia odwołania, wskazujący na praktykę działania komisji w innych oddziałach Funduszu nie znajduje podstaw prawnych. W przedmiotowym postępowaniu, komisja konkursowa przyjęła jednolitą praktykę i nie wzywała oferentów do wyjaśnienia/udowodnienia odpowiedzi udzielonych na pytania ankietowe dodatkowo oceniane (rankingujące). Spełnianie warunków rankingujących nie jest obowiązkowe, determinuje jedynie pozycję oferenta w rankingu poprzez przyznanie mu dodatkowych punktów. Słowem wyjaśnienia należy wskazać, iż występują trzy warunki: formalne, wymagane i dodatkowo oceniane

(rankingujące). Niespełnianie pierwszych dwóch skutkuje odrzuceniem oferty. Brak tych trzech nie spowoduje jedynie uzyskania dodatkowych punktów, a oferta może być dalej procedowana. W przedmiotowym postępowaniu komisja nie wzywała oferentów do wyjaśnienia/udowodnienia warunku, że świadczeniobiorcy byli hospitalizowani i objęci opieką przed i po hospitalizacjach z uwagi na fakt, iż dokonała oceny przedmiotowej odpowiedzi na podstawie posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zbiorów danych.

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 pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej jest neseser pielęgniarstwa dla każdej pielęgniarki 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 Odwołującego w tym względzie nie zasługują na uwzględnienie.

Odwołujący w swym odwołaniu podnosi również zarzut naruszenia zasad równego traktowania i uczciwej konkurencji (art. 134 ustawy o świadczeniach), poprzez brak jakiejkolwiek weryfikacji ofert złożonych przez oferentów wybranych do zawarcia umowy: Multi-Medica Przychodnia Lekarska Anna Romanik i Partnerzy oraz NZOZ „FIDOS” s.c. zgodnie z obowiązującymi w postępowaniu kryteriami oceny.

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 ocenie organu zarzut ten nie znajduje oparcia w działaniach powziętych przez komisję konkursową. Komisja konkursowa dokonywała oceny wszystkich ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu w oparciu o kryteria określone w rozporządzeniu kryterialnym – na podstawie złożonych i wczytanych do systemu informatycznego ankiet (czyli w rozumieniu § 2 pkt 1 warunków postępowania, zestawu pytań Narodowego Funduszu Zdrowia kierowanych do oferentów) oraz udzielonych przez oferentów odpowiedzi. Jak już wyżej wskazano, powyższa ocena była przeprowadzona

w oparciu o dane przedstawione przez oferentów w ofercie oraz o ewidencje, rejestry lub inne zbiory danych posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Odnosząc się do wskazanych przez Odwołującego dwóch oferentów: Multi-Medica Przychodnia Lekarska A. Romanik i Partnerzy oraz NZOZ „FIDOS” s.c. należy stwierdzić, iż komisja konkursowa podczas weryfikacji i oceny ofert ww. oferentów nie znalazła żadnych nieprawidłowości. Oświadczenia oferentów dotyczące spełniania warunków dodatkowo ocenianych, znajdujące się w części ankietowej tych ofert okazały się zgodne z danymi posiadanymi przez Fundusz, w związku z tym w teczkach tych oferentów nie znajdują się protokoły dotyczące zmian w systemie informatycznym w zakresie udzielonych odpowiedzi ankietowych.

Mając powyższe na uwadze, stwierdzić należy, iż działania podejmowane przez komisję nie wskazują 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).

Po dokonaniu szczegółowej analizy punktacji należy stwierdzić, że oferta Odwołującego we wszystkich kryteriach przedmiotowego postępowania była oceniona przez komisję konkursową prawidłowo.

Mając powyższe na uwadze, organ w całości podtrzymuje swoje stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji w odpowiedzi na zarzuty Odwołującego podniesione w odwołaniu, a podtrzymane we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, uznając je ponownie za bezzasadne. W odniesieniu do pozostałych zarzutów, należy stwierdzić, co następuje.

W odpowiedzi na zarzut podnoszony we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, dotyczący niespełniania przez Odwołującego warunku dodatkowo ocenianego w kryterium dostępności w brzmieniu: „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*”, organ nie podziela argumentacji Odwołującego, który podnosi, iż po hospitalizacji zakończonej w piątek objęcie świadczeniobiorcy opieką w poniedziałek potwierdza spełnianie tego warunku. Uzasadniając spełnianie przedmiotowego warunku dodatkowo ocenianego Odwołujący oparł się na informacji zawartej w piśmie z Ministerstwa Zdrowia z dnia 10 maja 2017r., iż „Świadczeniodawca kontynuujący opiekę w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej jest zobowiązany do realizacji świadczeń zgodnie z warunkami określonymi 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 j.t.) tj. dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00, dostępność w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach, wizyty – nie mniej niż 4 razy w tygodniu.” Należy jednakże zauważyć, że informacja powyższa odnosi się do warunków wymaganych w realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie. Konieczność spełnienia warunków wymaganych dotyczących ogólnie pojętej dostępności do świadczeń zgodnie z ww. zapisami rozporządzenia nie budziła ani nie budzi wątpliwości. Podlegała ona ocenie komisji konkursowej poprzez sprawdzenie wszystkich ofert w celu ustalenia, czy zapewniają one dostępność miejsca udzielania świadczeń w określonych wyżej przedziałach czasowych. Po stwierdzeniu iż w ofercie taka dostępność miejsca udzielania

świadczeń została zapewniona – oferta była oceniana jako spełniająca ww. warunek wymagany do realizacji świadczeń zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych, które jest aktem prawnym wydanym na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach. W tym miejscu należy jednakże zauważyć, że zgodnie z zapisami aktu prawnego o tej samej randze, czyli z § 5 ust. 2 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.) oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać **dodatkowo** ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Świadomość, iż objęcie opieką 3 świadczeniobiorców w poniedziałek jest zaledwie spełnianiem warunku wymaganego, potwierdza sam Odwołujący, pisząc na str. 4 wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, cyt. „Zatem u wskazanych w decyzji trzech świadczeniobiorców, został spełniony warunek konieczny dostępności wynikający z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r.” – i nie sposób się z tym nie zgodzić. Kwestionowana przez Odwołującego ocena dotyczyła jednakże warunku dodatkowo ocenianego, w ramach którego oferenci byli premiowani przyznaniem dodatkowych punktów za objęcie 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. Nie można podzielić stanowiska Odwołującego, iż za objęcie świadczeniobiorców opieką dopiero w poniedziałek, po zakończeniu hospitalizacji w piątek, jego oferta powinna otrzymać dodatkowe 3 pkt na równi ze świadczeniodawcami, którzy spełnili ten warunek dodatkowo oceniany, zapewniając wszystkim hospitalizowanym świadczeniobiorcom opiekę bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji, niezależnie od tego, w jaki dzień tygodnia kończyła się hospitalizacja. Na marginesie należy również zauważyć, że nie można uznać, że objęcie opieką pacjenta dopiero w poniedziałek, po hospitalizacji zakończonej w piątek, było skutkiem wcześniejszego uznania przypadku za nieuzasadniony medycznie, bowiem ocena przypadku była dokonywana dopiero podczas poniedziałkowej wizyty.

W stosunku do pozostałych kwestii ponoszonych przez Odwołującego w kontekście oceny dokonanej w kryterium dostępności, tj. zasad wystawiania skierowań po hospitalizacji oraz wątpliwości interpretacyjnych w zakresie tego kryterium, stwierdzić należy, że weryfikując ofertę komisja konkursowa dokonywała oceny stanu faktycznego w oparciu o obowiązujące kryteria oceny ofert. Przyczyny, z powodu których Odwołujący nie dokonał objęcia wszystkich swoich świadczeniobiorców opieką bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji, co gwarantowałoby spełnienie tego warunku w kryterium dostępności i uzyskanie dodatkowych punktów rankingujących jego ofertę, nie mają wpływu na ocenę prawidłowości postępowania komisji konkursowej. W związku z tym, że Odwołujący formułuje zarzuty nieprawidłowej oceny warunków w oparciu o pisma otrzymane z Ministerstwa Zdrowia, na marginesie stwierdzić należy, iż z wyjątkiem pisma z dnia 18 stycznia 2017r., pozostałe pisma ze stanowiskami Ministerstwa Zdrowia, datowane są po dniu 4 kwietnia 2017r. - po rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania, czyli w sposób oczywisty nie były znane komisji konkursowej przed rozstrzygnięciem. Zarzuty Odwołującego są zatem chybione, bowiem komisja konkursowa dokonywała weryfikacji

spełniania kryteriów na podstawie przepisów i interpretacji obowiązujących w czasie, w jakim prowadzone było postępowanie konkursowe.

W odniesieniu do zarzutu Odwołującego, iż komisja konkursowa nie badała w ogóle kryterium dostępności, bowiem w teczce postępowania znajdował się wydruk dot. „ciągłości”, co zostało potwierdzone w decyzji, należy stwierdzić, że wydruk, o którym mowa dotyczył warunku dodatkowo ocenianego w kryterium dostępności w brzmieniu : „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. Słowo „ciągłość” występuje zarówno jako nazwa kryterium dodatkowo ocenianego, jak i jest użyte w warunku dodatkowo ocenianym w kryterium dostępności, zgodnie z nomenklaturą użytą w aktach prawnych obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu, co potwierdza, iż również komisja konkursowa była uprawniona do używania tego słowa w wydruku służącym pomocniczo przy ocenie warunku dodatkowo ocenianego w kryterium dostępności. Wydruk, o którym mowa jest jednym z trzech wydruków, będących dokumentami pomocniczymi komisji konkursowej w zakresie oceny warunków rankingujących w kryterium dostępności, na pozostałych dwóch, dotyczących udziału procentowego pacjentów z oceną 0 i z oceną 5-15 w skali Barthel w ogólnej liczbie pacjentów, w prawym górnym rogu wyraźnie widnieje zapis „kryterium dostępności”, co przesądza, że zarzuty Odwołującego o braku oceny tego kryterium przez komisję konkursową są niezasadne.

Kolejny zarzut Odwołującego dotyczy niezbadania przez komisję konkursową kryterium ciągłości w zakresie warunku „Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji”. Argumentując swój zarzut Odwołujący przytacza interpretację Ministerstwa Zdrowia z dnia 18 stycznia 2017r., z której wynika, iż „oferent spełnia ww. kryterium jeżeli zawarł co najmniej jedną umowę o współpracę ze świadczeniodawcą, który realizuje umowę z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne oraz udziela ich na terenie obszaru, którego dotyczy postępowanie i może przedłożyć na wezwanie komisji kopię tej umowy”. Odwołujący niezasadnie wnosi, iż do spełnienia warunku niezbędne było przedłożenie umowy o współpracy. Zgodnie z § 17 ust. 1 rozporządzenia o pracach komisji, może ona żądać od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty i w przypadku takiego wezwania oferent jest obowiązany zarówno do udzielenia wyjaśnień, jak i przedłożenia żądanych dokumentów. Zatem bezsprzecznie w celu spełniania warunku oferent powinien posiadać stosowną umowę, która może być przedłożona na wezwanie komisji. Jednakże taka sytuacja nie miała miejsca w przedmiotowym postępowaniu. Wszystkie oferty zostały poddane weryfikacji w zakresie sprawdzenia, czy dane w nich zawarte mogą być traktowane jako dane zgodne ze stanem faktycznym. Celem respektowania zasady równego traktowania komisja konkursowa przyjęła jednolite zasady weryfikacji stosowane do wszystkich oferentów uczestniczących w postępowaniu, polegające na tym, iż w przypadku warunków dodatkowo ocenianych weryfikacja odbywała się na podstawie oświadczeń woli zawartych w składanych przez nich ofertach, na podstawie danych zawartych w części szczegółowej formularza ofertowego oraz danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. 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. Zarówno dane przedstawione przez Odwołującego, jak i przez innych oferentów były traktowane przez komisję konkursową jako dane wiarygodne – przy braku wątpliwości wskazujących na ich nieprawdziwość. Powyższe zasady obowiązywały również przy ocenie wszystkich ofert w kryterium ciągłości, zatem żaden z oferentów nie był wzywany do złożenia umów o współpracy. W związku z tym niezasadne są zarzuty Odwołującego, który wskazuje, iż dokonano weryfikacji wyłącznie oferentów, którzy takie umowy załączyli do oferty, bowiem fakt, iż niektórzy z oferentów bez wezwania załączają do oferty dokumenty dodatkowe, nie ma wpływu na prawidłowość oceny komisji konkursowej w obliczu przyjętych przez nią jednolitych zasad weryfikacji.

Podniesiony przez Odwołującego zarzut, dotyczący błędu w ocenie oferty Multi-Medica Spółka Jawna T. Brandt i Wspólnicy w kryterium dostępności, ma potwierdzenie w stanie faktycznym i zgromadzonej dokumentacji, jednakże nie miało to wpływu na sumaryczną ocenę tej oferty, a tym bardziej na naruszenie interesu prawnego samego Odwołującego. Zgodnie z wyjaśnieniem osoby pełniącej funkcję przewodniczącego komisji konkursowej, podczas oceny ww. oferenta doszło do omyłki polegającej na dokonaniu zmiany odpowiedzi ankietowej w pytaniu 2.1.3 „*Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie – co najmniej 10 %*” zamiast dokonania zmiany w pytaniu 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*”. Potwierdzają to wydruki, sporządzone na podstawie danych posiadanych przez Fundusz, znajdujące się w aktach postępowania konkursowego, na podstawie których można stwierdzić, iż u oferenta Multi-Medica Spółka Jawna T. Brandt i Wspólnicy (miejsce udzielania świadczenia 7888) udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie wynosił 52,27%, co potwierdza spełnianie warunku określonego pytaniem ankietowym 2.1.3. Natomiast dla tego samego oferenta nie stwierdzono spełnienia warunku określonego pytaniem ankietowym 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 związku z tym, że spełnianie każdego z powyższych warunków było punktowane otrzymaniem 3 pkt w kryterium dostępności, omyłkowe odjęcie 3 pkt w zakresie warunku określonego pytaniem ankietowym 2.1.3 zamiast odjęcia 3 pkt w zakresie warunku określonego pytaniem 2.1.2 nie miało wpływu na ogólną ocenę oferty, która ogółem w kryterium dostępności otrzymała 6 pkt, czyli tyle, ile powinna otrzymać. Tym samym zarzuty Odwołującego, który podnosi, iż ww. oferta powinna mieć dwukrotnie odjęte punkty za niespełnianie obu warunków są bezzasadne.

W odpowiedzi na powtarzające się zarzuty Odwołującego, dotyczące wadliwości postępowania ze względu na brak dodatkowych informacji i załączników w ofertach oraz brak pisemnych dowodów potwierdzających sprawdzanie danych przez komisję konkursową należy zauważyć, że obowiązki oferentów i komisji konkursowej w tym zakresie są uregulowane stosownymi zapisami aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu

konkursowym. 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 obowiązku dołączania do oferty dodatkowych informacji i załączników 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. Takie stanowisko dotyczące braku konieczności dodatkowego potwierdzania kwalifikacji personelu znajduje potwierdzenie w orzecznictwie sądowoadministracyjnym – vide: wyrok NSA z dnia 15 lipca 2015r. II GSK 1784/15. Podobnie ani z ustawy o świadczeniach ani z rozporządzenia o pracach komisji nie wynika obowiązek dokumentowania dodatkowymi notatkami lub wydrukami procesu oceny i przyznawania punktacji. W aktach postępowania konkursowego znajdują się wszelkie dokumenty niezbędne do pisemnego potwierdzenia przebiegu postępowania, co czyni niezasadnymi zarzuty Odwołującego.

W tym miejscu należy ponownie podkreślić, że celem postępowania odwoławczego jest zbadanie prawidłowości rozstrzygnięcia postępowania konkursowego pod kątem ewentualnego naruszenia zasad w trakcie postępowania, będących w związku przyczynowo-skutkowym z naruszeniem interesu prawnego Odwołującego. Do uszczerbku interesu prawnego uczestnika postępowania w procedurze zawierania umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dojść może wówczas, gdy naruszenie zasad postępowania, tj. konkretnego przepisu prawa przez podmiot prowadzący postępowanie, ma wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług (vide: wyrok WSA z dnia 24 marca 2009r. VII SA/Wa 2012/08, LEX 533330). Takie ujęcie uszczerbku interesu prawnego determinuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego i sposób rozpatrywania zgłaszanych zarzutów. W odpowiedzi na zarzuty Odwołującego należy przypomnieć, iż w dziedzinie prawa i postępowania administracyjnego przyjmuje się, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz, że ma on wprost charakter materialnoprawny (wyrok NSA z 27 września 2001r., I SA 2326/00). Tak pojmowany interes prawny oferenta polega na tym, żeby jego oferta została przez kontrahenta przyjęta (wybrana) zawsze wtedy, gdy na to zasługuje i w pełnym zakresie, w jakim na wybór zasługiwała, uwzględniając przewidziany prawem zakres swobody komisji konkursowej, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia, bądź też niedokonanie wyboru żadnej oferty, gdy nie wynika z nich możliwość właściwego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (art. 142 ust. 5 ustawy o świadczeniach). W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta, interes prawny każdego z nich polega także na tym, by wszyscy świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej traktowani byli równo i by postępowanie prowadzone było z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji pomiędzy oferentami (art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Art. 134 ust. 2 ustawy o świadczeniach nakłada nadto na Fundusz obowiązek, aby wszelkie wymagania, wyjaśnienia, informacje oraz dokumenty

związane z postępowaniem w sprawie zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Oceniając przedmiotowe postępowanie konkursowe w powyższym zakresie i w zakresie ogółu zarzutów Odwołującego należy stwierdzić, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Po ponownym przeanalizowaniu zebranego w sprawie materiału dowodowego należy stwierdzić, iż postępowanie konkursowe zostało przeprowadzone przez komisję zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym z zasadami prowadzenia postępowań i w żaden sposób nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego. Organ prowadzący postępowanie, rozpatrując wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, nie znajduje przesłanek przemawiających za jego uwzględnieniem.

Po stwierdzeniu braku podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji Nr 9/2017/SPO z dnia 25 kwietnia 2017r., należało postanowić jak na wstępie.

Decyzja podlega natychmiastowemu wykonaniu, na podstawie art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 ze zm.) od niniejszej decyzji przysługuje skarga do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku, ul. H. Sienkiewicza 84, 15-950 Białystok.

Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie.

Z up. DYREKTORA
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Wojciech Kuźmicki
Zastępca Dyrektora
ds. Ekonomiczno-Finansowych

Otrzymują:

- 1) radca prawny Gabriela Jędryś, adres do korespondencji: Janowice 264, 32-020 Wieliczka reprezentujący Przedsiębiorstwo Handlowe „Kalmar” Wioletta Tołwińska-Sala, 17-300 Siemiatycze, ul. Słowackiego 26,
- 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 8 C/30.
- 7) a/a.