

Białystok, dnia 29 maja 2017r.

WOP.422.18.2017

Decyzja Nr 18/2017/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 **HELP HANDS R.ZAJKOWSKA SPÓŁKĘ JAWNĄ, ul. Warszawska 9 lok.4, 15-062 Białystok**, zwaną dalej „Odwołującym”, od decyzji Nr 11/2017/SPO Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 kwietnia 2017r. 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 w opiece 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 w opiece 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 22 lutego 2017r. zgodne 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]-0010/00.

Otwarcie ofert nastąpiło dnia 28 lutego 2017r.

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 nieodrzućcenie 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 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. HELP HANDS R.ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA– Odwołujący.
2. BETAMED Spółka Akcyjna.
3. MULTI-MEDICA Przychodnia 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 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 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 zapoznania 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 22 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.

W związku z powyższym, decyzją z dnia 26 kwietnia 2017r. Nr 11/2017/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.

Przedmiotowa decyzja została doręczona Odwołującemu dnia 8 maja 2017r.

Dnia 16 maja 2017r. (data nadania: 15 maja 2017r.) – w ustawowym terminie, wpłynął wniosek Odwołującego o ponowne rozpatrzenie sprawy, w którym podtrzymał zarzuty podniesione w odwołaniu, nie zgadzając się z argumentacją Dyrektora POW NFZ zawartą w zaskarżonej decyzji oraz zarzucił dodatkowo:

- 1) zaniechanie przez komisję konkursową weryfikacji i potwierdzenia prawdziwości ofert w zakresach od których zależała wartość punktowa ofert oraz mających zasadniczy wpływ na prawidłowość udzielania świadczeń;
- 2) naruszenie ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz.U. z 2016r. poz.1870), a zwłaszcza jej art. 44 ust.3 tj. zasady efektywnego gospodarowania środkami publicznymi poprzez zakupienie mniejszej ilości świadczeń po wyższej cenie w: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED Zofia Stojak Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „FIDOS” s.c. Ewa Taranta, Lidia Masiak, Bożena Saczko,

Grażyna Utko, Beata Makarewicz, MULTI-MEDICA Przychodnia Lekarska Anna Romanik i Partnerzy, MULTI-MEDICA spółka jawna T. Brant i Wspólnicy, BETAMED S.A., podczas, gdy u Odwołującego Fundusz zakupiłby większą ilość świadczeń za niższą cenę i zapewniłby jednocześnie pacjentom kontynuację udzielania świadczeń;

3) naruszenie zasad postępowania administracyjnego:

- zawartych w art. 7, art. 77 § 1 i art. 80 k.p.a. oraz art. 107 § 3 k.p.a., poprzez brak szczegółowych ustaleń dotyczących przyznanych oferentom punktów za dane kryteria oraz brak uzasadnienia. Nie doszło do ujawnienia i zbadania wszelkich okoliczności związanych z punktacją (lub jej brakiem) będącą skutkiem ocen dokonywanych w odniesieniu do poszczególnych wymagań stawianych w ogłoszeniu czego wymaga ustawa,
- art. 10 § 1, 73 § 1 i art. 74 § 2 k.p.a. poprzez odmowę udostępnienia stronie odwołującej wglądu do ofert i możliwości sprawdzenia czy dokonana przez komisję konkursową ocena jej oferty nie naruszyła zasad równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy;

4) naruszenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1980 ze zm.), a zwłaszcza:

- § 5 - poprzez braki zapisów w protokole dokonywanych czynności,
- § 8 ust. 2 pkt 2 i 9 poprzez prowadzenie dokumentacji postępowania w sposób nierzetelny, nieodzwierciedlający poszczególnych czynności komisji konkursowej oraz brak odzwierciedlenia w protokole zakresu koordynowania działań komisji konkursowej z działaniami osób lub komórek organizacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia uczestniczących w obsłudze postępowania,
- § 17 ust. 2 - poprzez zaniechanie przeprowadzenia weryfikacji oferentów w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie zwłaszcza w sytuacji, gdy powierza się jednemu oferentowi realizację przedmiotu świadczenia wszystkich biorących udział w postępowaniu, a ograniczenie się do 5 oferentów - co narusza też zasadę równego traktowania oferentów i poszanowania uczciwej konkurencji (art. 134 ust. 1 w zw. z art. 140 ust. 1 i art. 147 ustawy o świadczeniach), a w szczególności danych o dużej wartości punktowej decydujących o wartości oferty i jej miejsca w rankingu,
- § 19 pkt 7 poprzez brak informacji o odczycaniu protokołu.

Pismem z dnia 16 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. Dnia 22 maja 2017r. Odwołujący zapoznał się z aktami postępowania, wnosząc do protokołu, iż nie została udostępniona mu oferta BETAMED S.A. w części zastrzeżonej oraz protokoły z kontroli przeprowadzonej w trakcie postępowania konkursowego.

Dokonując ponownego rozpatrzenia sprawy Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w całości 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 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} - $1,1 \times C_{NFZ}$,

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 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, GRAZYNA 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 PRZYZCHODNIA 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	NŻOZ 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 15-086 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 SACZKO, 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 PRZYZCHODNIA 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]-0006/00	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 "PIGUŁKA" CILULKO, SZPAKOWSKA SPÓŁKA JAWNA	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 15-028 BIAŁYSTOK ul. SŁONIWSKA 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 niejawniej 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 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, 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 11/2017/SPO z dnia 26 kwietnia 2017r. Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddalającej odwołanie Odwołującego od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania organ dokonał rozpatrzenia zarzutów Odwołującego, podając wskazaną poniżej argumentację:

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 opieką długoterminową domową, 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 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 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) 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
- 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 obowiązku 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

certifikat 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 wyrażnie 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 opieki długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami

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 PIKUŁKA 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.

Mając powyższe na uwadze, Dyrektor POW NFZ podtrzymuje w całości 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 nowych zarzutów podniesionych przez Odwołującego we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wskazać należy co następuje:

Odwołujący zarzuca komisji konkursowej, iż zaniechała weryfikacji i potwierdzenia prawdziwości ofert w zakresach, od których zależała wartość punktowa ofert oraz mających zasadniczy wpływ na prawidłowość udzielania świadczeń. Argumentując zarzut Odwołujący podnosi, iż w aktach postępowania brak jest odzwierciedlenia weryfikacji personelu, w tym sprawdzenia jego kwalifikacji, wyliczenia czasu pracy. Po analizie akt postępowania stwierdzić należy, iż zarzut ten nie znajduje potwierdzenia. Podkreślić bowiem należy, iż w przedmiotowym postępowaniu oferty były sprawdzane przez komisję konkursową zarówno pod kątem warunków wymaganych jak i dodatkowo ocenianych. Wszystkie oferty zostały poddane weryfikacji w zakresie sprawdzenia, czy dane w nich zawarte mogą być traktowane jako dane zgodne ze stanem faktycznym. 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 składanych przez oferentów w ofercie oraz na podstawie danych zawartych w części szczegółowej formularza ofertowego lub danych znajdujących się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia. Takie postępowanie komisji należy uznać za właściwe, biorąc pod uwagę, że każdy z oferentów ponosi pełną odpowiedzialność za prawdziwość danych przedstawionych w ofercie, potwierdzając to w punkcie 13 załącznika nr 3 do warunków postępowania, oświadczając, iż „*dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym*” oraz za wypełniające 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. Dlatego też oświadczenia woli oraz dane przedstawione przez oferentów

w ofertach były traktowane przez komisję konkursową jako dane wiarygodne i nie były przez komisję podważane – przy braku wątpliwości wskazujących na ich nieprawdziwość. Natomiast, w sytuacji stwierdzenia niezgodności odpowiedzi ankietowych z danymi zawartymi w szczegółowej części oferty lub danymi posiadanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa, w celu uniknięcia bezpodstawnego przyznania dodatkowych punktów oferentowi za warunek, którego nie spełnia, dokonywała zmian w systemie informatycznym w zakresie odpowiedzi udzielonych przez oferenta na pytania ankietowe, odnotowując przedmiotową czynność w protokole z posiedzenia komisji, co miało miejsce również w przypadku Odwołującego. Dlatego też w przypadkach, kiedy oferent spełniał wszystkie wymagania niezbędne do udzielania świadczeń oraz nie było żadnych wątpliwości co do spełniania warunku dodatkowo ocenianego, komisja konkursowa dokonywała oceny oferty zgodnie z informacjami w niej zawartymi. Dodatkowo wskazać należy, iż ani z ustawy o świadczeniach ani z rozporządzenia o pracach komisji nie wynika obowiązek dokumentowania dodatkowymi notatkami lub wydrukami procesu oceny oferty i przyznawania punktacji. Tym samym nie sposób zgodzić się z Odwołującym, iż prowadząc przedmiotowe postępowanie komisja konkursowa nie dokonywała weryfikacji ofert.

Odnosząc się natomiast do zarzutu Odwołującego dotyczącego braku weryfikacji harmonogramów na obszarze innych województw lub powiatów dla oferentów posiadających oddziały na innym obszarze postępowania, należy podkreślić iż komisja konkursowa prowadząca postępowanie konkursowe o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, nie prowadziła jednocześnie, i prowadzić nie mogła, postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla innych jednostek terytorialnych aniżeli województwo podlaskie, dlatego też komisja konkursowa dokonywała sprawdzenia powtarzalności personelu wykazywanego w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi ofertami, które zostały złożone w Podlaskim OW NFZ. Ustalenia spornych elementów między ofertami oraz łącznego czasu pracy wykazanego w ofertach komisja konkursowa dokonywała przy pomocy systemu informatycznego, czego dowodem jest załącznik - „Zestawienie spornych harmonogramów pracy personelu”, który w przypadku wystąpienia nieścisłości w zakresie harmonogramu, był dołączany przez komisję do akt oferenta. Biorąc pod uwagę, że przedmiotowa weryfikacja była stosowana w sposób jednolity w stosunku do wszystkich oferentów, stwierdzić należy, iż działania podejmowane przez komisję nie wskazują w żadnej mierze na nieprawidłowość jej działania, co czyni zarzut Odwołującego bezzasadnym.

W tym miejscu wskazać dodatkowo należy, iż 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.

We wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Odwołujący podnosi, iż ma wątpliwości co do przebiegu procesu certyfikacji. Odnosząc się do powyższego wskazać należy, iż komisja konkursowa nie dokonuje oceny pracy innych instytucji. Komisja konkursowa sprawdzając

spełnianie warunku dodatkowo ocenianego w zakresie posiadania certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością, kierowała się wymaganiami określonymi w przepisach prawa. Zgodnie z § 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, kryterium posiadania certyfikatu systemu zarządzania, zwanego dalej „certyfikatem”, jest spełnione, jeżeli:

- 1) certyfikat ma zastosowanie w przedmiocie postępowania, na który złożono ofertę;
- 2) certyfikat obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, a w przypadku dysponenta zespołów ratownictwa medycznego – miejsce stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego wskazane w ofercie;
- 3) certyfikat jest wydany przez jednostkę certyfikującą systemy zarządzania posiadającą akredytację udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji lub przez jednostkę akredytującą będącą sygnatariuszem porozumienia o wzajemnym uznawaniu „EA Multilateral Agreement” i jest opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej;
- 4) certyfikat jest wydany w zakresie systemów zarządzania: ISO 9001, ISO/IEC 27001, ISO 17025 lub 15189 – zgodnie z ich przyporządkowaniem do poszczególnych zakresów świadczeń wynikającym z załączników do rozporządzenia;
- 5) akredytacja, o której mowa w pkt 3, obejmuje certyfikację systemów zarządzania wymienionych w pkt 4 oraz jest wydana w zakresie usług medycznych (branża „Zdrowie i opieka społeczna” zgodnie z kodem 38 EA, w przypadku: ISO 9001, ISO 14001, PN-N 18001 lub OHSAS 18001).

W takim też zakresie komisja dokonywała sprawdzenia spełnienia kryterium posiadania certyfikatu systemu zarządzania przez oferentów, którzy w ofercie zadeklarowali spełnianie przedmiotowego warunku. Wątpliwości Odwołującego dotyczące procesu certyfikacji w żaden sposób nie świadczą o nieprawidłowym działaniu komisji konkursowej.

Odwołujący zarzuca komisji konkursowej naruszenie art. 44 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych, tj. zasady efektywnego gospodarowania środkami publicznymi, poprzez zakupienie mniejszej ilości świadczeń po wyższej cenie u oferentów wybranych do zawarcia umowy, podczas, gdy u Odwołującego Fundusz zakupiłby większą ilość świadczeń za niższą cenę i zapewniłby jednocześnie pacjentom kontynuację udzielania świadczeń. Wskazać w tym miejscu należy, iż zgodnie z art. 44 ust. 2 ww. ustawy jednostki sektora finansów publicznych dokonują wydatków zgodnie z przepisami dotyczącymi poszczególnych rodzajów wydatków. Zasady dokonywania wydatków w zakresie postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, określone zostały w ustawie o świadczeniach. Zgodnie z art. 97 ust. 2 ustawy o świadczeniach w zakresie środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne Fundusz działa w imieniu własnym, lecz na rzecz ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Natomiast, w myśl art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach do zakresu działań Funduszu należy w szczególności określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nałożone na Fundusz ustawowe obowiązki, związane z zapewnieniem dostępności do świadczeń w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów są realizowane, zgodnie z art. 107 ust. 5 pkt 8 ustawy o świadczeniach, w przebiegu postępowania konkursowego. Zarządzając ograniczonymi środkami finansowymi Fundusz

zobowiązany jest do dysponowania nimi w taki sposób, aby osiągnąć jak najlepsze rezultaty w zakresie zabezpieczenia świadczeń. Zgodnie z planem postępowań znajdującym się w aktach postępowania konkursowego, w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na obszarze powiatu: Białystok, Podlaski OW NFZ zaplanował zakup 43 166 jednostek rozliczeniowych przy cenie 24 zł za jednostkę, co stanowi łącznie wartość 1 035 984 zł. Taką też wartość wskazano w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania konkursowego. Analiza akt postępowania wykazała, iż po przeprowadzeniu negocjacji z oferentami, komisja konkursowa do zawarcia umowy wybrała 5 ofert z łączną liczbą świadczeń 45 027, nie przekraczając kwoty zamówienia – wartość rozstrzygnięcia wyniosła - 1 035 975,50 zł. Dane te jednoznacznie wskazują, iż komisja konkursowa w przedmiotowym postępowaniu konkursowym w sposób jak najbardziej efektywny gospodarowała środkami przeznaczonymi na zakup świadczeń w ww. rodzaju i zakresie. Argumentując przedmiotowy zarzut, Odwołujący podnosi, że u niego Fundusz zakupiłby większą ilość świadczeń za niższą cenę i zapewniłby jednocześnie pacjentom kontynuację udzielania świadczeń. Odnosząc się do powyższego, wskazać należy, iż 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, tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, ceny. Dodatkowo, zgodnie ze wskazaniem zawartym w §9 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, w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów, kryterium różnicującym oferty jest ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena. Cena nie jest więc ani jedynym ani najważniejszym kryterium decydującym o wyborze oferty. Wyższa punktacja uzyskana przez oferentów uczestniczących w postępowaniu konkursowym w kryteriach pozacenowych wskazuje na zapewnienie świadczeniobiorcom świadczeń o wyższej jakości. Postępowanie konkursowe ma więc za zadanie wyłonienie najlepszych oferentów spośród wszystkich, którzy przystąpili do konkursu. Oferta Odwołującego, która uzyskała - 86,58 punktów, nie została 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 – odpowiednio od 90,54 do 87,06 punktów i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy. W wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania Podlaski OW NFZ zapewnił świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń będących przedmiotem postępowania zgodnie z warunkami zamówienia. Dlatego też świadczeniobiorcy, w tym również pacjenci Odwołującego, będą mogli korzystać ze świadczeń w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej u pięciu świadczeniodawców, wybranych do zawarcia umowy.

Dyrektor POW NFZ nie podziela zarzutów Odwołującego dotyczących naruszenia art. 7, art. 77 § 1 i art. 80 kpa oraz art. 107 § 3 kpa. W decyzji Nr 11/SPO/2017 z dnia 26 kwietnia 2017r. organ szczegółowo opisał stan faktyczny i prawny, wyjaśnił podstawy rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, porównał ocenę ofert poszczególnych oferentów, przedstawiając ją w formie tabelarycznej oraz ustosunkował się do zarzutów podnoszonych przez Odwołującego, wskazując podstawy ich obalenia. Wbrew twierdzeniom Odwołującego, Dyrektor POW NFZ na

stronach 16-17 zaskarżonej decyzji odniósł się do zarzutu ograniczenia pacjentom dostępności do świadczeń oraz zarzutu monopolizacji usług zdrowotnych przez BETAMED S.A., obalając tym samym zarzut Odwołującego podniesiony w I instancji w brzmieniu: „Doprowadzenie przez Komisję Konkursową do monopolizacji usług zdrowotnych z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej przez 1 podmiot Betamed S.A., który w ten sposób osiągnie pozycję dominującą na terenie kontraktowania świadczeń (ponad 40% świadczeń ogółem) oraz na rynku krajowym co narusza ustawę z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (t.j. Dz.U. z 2017r. poz. 229 ze zm.), a zwłaszcza jej art. 4 pkt 10, co prowadzi do ograniczenia konkurencji, a także ograniczy pacjentom dostępność do świadczeń i spowoduje obniżenie jakości tych świadczeń co narusza art. 6 i 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U z 2016r. poz. 186 ze zm.)”.

Mając na uwadze zawarty we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy zarzut braku szczegółowych ustaleń dotyczących przyznanych oferentom punktów za dane kryteria, wskazać należy, iż szczegółowa punktacja Odwołującego oraz świadczeniodawców wybranych do zawarcia umowy, ocenionych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przedstawia się następująco:

I. HELP HANDS R. ZAJKOWSKA SPÓŁKA JAWNA - Odwołujący:

W wyniku analizy oferty nr 10-17-000051[14/1]-0010/00, oferent uzyskał następujące wartości punktowe za poszczególne kryteria (z rankingu końcowego):

- Jakość – 62 pkt
- Dostępność – 6 pkt
- Ciągłość – 14 pkt
- Cena – 4,58 pkt
- Inne – 0 pkt

Łączna liczba uzyskanych punktów oceny oferty – 86,58 pkt

1) Kryterium jakości:

- a) kategoria - personel - oferta Odwołującego uzyskała łącznie **60 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 60 pkt,
- b) kategoria – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości - oferta Odwołującego uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej –14 pkt,
- c) kategoria – pozostałe warunki - oferta Odwołującego uzyskała łącznie **2 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium jakość wyniosła:

Personel 60 pkt + wyniki kontroli i inne nieprawidłowości 0 pkt + pozostałe warunki 2 pkt
= 62 pkt

2) Kryterium dostępności:

- a) kategoria – dostępność do świadczeń - oferta Odwołującego uzyskała łącznie **6 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 12 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium dostępności wyniosła **6 pkt**

3) Kryterium ciągłości:

- a) kategoria - ciągłość - oferta Odwołującego uzyskała łącznie **4 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 4 pkt,
- b) kategoria – oceniany warunek – oferta Odwołującego uzyskała łącznie **10 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 15 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium ciągłości wyniosła:

Ciągłość 4 pkt + oceniany warunek 10 pkt = 14 pkt

- 4) Kryterium cena – oferta Odwołującego uzyskała łącznie **4,5833 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 5 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium cena wyniosła 4,58 pkt

- 5) Kryterium inne - oferta Odwołującego uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium inne wyniosła 0 pkt

II. MULTI-MEDICA PRZYCHODNIA LEKARSKA ANNA ROMANIK I PARTNERZY:

W wyniku analizy oferty nr 10-17-000051[14/1]-0005/00, oferent uzyskał następujące wartości punktowe za poszczególne kryteria (z rankingu końcowego):

- Jakość – 60 pkt
- Dostępność – 9 pkt
- Ciągłość – 19 pkt
- Cena – 2,5 pkt
- Inne – 0 pkt

Łączna liczba uzyskanych punktów oceny oferty – **90,5 pkt**

- 1) Kryterium jakości:

- a) kategoria - personel - oferta uzyskała łącznie **60 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 60 pkt,
- b) kategoria – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej -14 pkt,
- c) kategoria – pozostałe warunki - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium jakość wyniosła:

Personel 60 pkt + wyniki kontroli i inne nieprawidłowości 0 pkt + pozostałe warunki 0 pkt = 60 pkt

- 2) Kryterium dostępności:

- a) kategoria – dostępność do świadczeń - oferta uzyskała łącznie **9 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 12 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium dostępności wyniosła 9 pkt

- 3) Kryterium ciągłości:

- a) kategoria - ciągłość - oferta uzyskała łącznie **4 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 4 pkt,
- b) kategoria – oceniany warunek – oferta uzyskała łącznie **15 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 15 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium ciągłości wyniosła:

Ciągłość 4 pkt + oceniany warunek 15 pkt = 19 pkt

- 4) Kryterium cena – oferta uzyskała łącznie **2,5 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 5 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium cena wyniosła 2,5 pkt

- 5) Kryterium inne - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium inne wyniosła 0 pkt

III. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „FIDOS” S.C. EWA TARANTA, LIDIA MASIĄK, BOŻENA SACZKO, GRAŻYNA UTKO, BEATA MAKAREWICZ:

W wyniku analizy oferty nr 10-17-000051[14/1]-0008/00, oferent uzyskał następujące wartości punktowe za poszczególne kryteria (z rankingu końcowego):

- Jakość – 60 pkt
- Dostępność – 9 pkt
- Ciągłość – 19 pkt
- Cena – 2,5 pkt
- Inne – pkt

Łączna liczba uzyskanych punktów oceny oferty – 90,50 pkt

1) Kryterium jakości:

- a) kategoria - personel - oferta uzyskała łącznie **60 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 60 pkt,
- b) kategoria – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej – 14 pkt,
- c) kategoria – pozostałe warunki - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium jakość wyniosła:

Personel 60 pkt + wyniki kontroli i inne nieprawidłowości 0 pkt + pozostałe warunki 0 pkt = 60 pkt

2) Kryterium dostępności:

- a) kategoria – dostępność do świadczeń - oferta uzyskała łącznie **9 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 12 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium dostępności wyniosła 9 pkt

3) Kryterium ciągłości:

- a) kategoria - ciągłość - oferta uzyskała łącznie **4 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 4 pkt,
- b) kategoria – oceniany warunek – oferta uzyskała łącznie **15 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 15 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium ciągłości wyniosła:

Ciągłość 4 pkt + oceniany warunek 15 pkt = 19 pkt

- 4) Kryterium cena – oferta uzyskała łącznie **2,5 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 5 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium cena wyniosła 2,5 pkt

- 5) Kryterium inne - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium inne wyniosła 0 pkt

IV. NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED:

W wyniku analizy oferty nr 10-17-000051[14/1]-0011/00, oferent uzyskał następujące wartości punktowe za poszczególne kryteria (z rankingu końcowego):

- Jakość – 62 pkt
- Dostępność – 6 pkt
- Ciągłość – 19 pkt
- Cena – 3,54 pkt
- Inne – 0 pkt

Łączna liczba uzyskanych punktów oceny oferty – 90,54 pkt

1) Kryterium jakości:

- a) kategoria - personel - oferta uzyskała łącznie **60 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 60 pkt,
- b) kategoria – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej –14 pkt,
- c) kategoria – pozostałe warunki - oferta uzyskała łącznie **2 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium jakość wyniosła:

Personel 60 pkt + wyniki kontroli i inne nieprawidłowości 0 pkt + pozostałe warunki 2 pkt = 62 pkt

2) Kryterium dostępności:

- a) kategoria – dostępność do świadczeń - oferta uzyskała łącznie **6 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 12 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium dostępności wyniosła 6 pkt

3) Kryterium ciągłości:

- a) kategoria - ciągłość - oferta uzyskała łącznie **4 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 4 pkt,
- b) kategoria – oceniany warunek – oferta uzyskała łącznie **15 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 15 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium ciągłości wyniosła:

Ciągłość 4 pkt + oceniany warunek 15 pkt = 19 pkt

- 4) Kryterium cena – oferta uzyskała łącznie **3,5416 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 5 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium cena wyniosła 3,5416 pkt

- 5) Kryterium inne - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium inne wyniosła 0 pkt

V. BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA:

W wyniku analizy oferty nr 10-17-000051[14/1]-0003/00, oferent uzyskał następujące wartości punktowe za poszczególne kryteria (z rankingu końcowego):

- Jakość – 61 pkt
- Dostępność – 6 pkt
- Ciągłość – 14 pkt
- Cena – 4,06 pkt
- Inne – 2 pkt

Łączna liczba uzyskanych punktów oceny oferty – **87,06 pkt**

1) Kryterium jakości:

- a) kategoria - personel - oferta uzyskała łącznie **60 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 60 pkt,
- b) kategoria – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości - oferta uzyskała łącznie **-1 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej – 14 pkt,
- c) kategoria – pozostałe warunki - oferta uzyskała łącznie **2 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium jakość wyniosła:

Personel 60 pkt + wyniki kontroli i inne nieprawidłowości -1 pkt + pozostałe warunki 2 pkt = 61 pkt

2) Kryterium dostępności:

- a) kategoria – dostępność do świadczeń - oferta uzyskała łącznie **6 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 12 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium dostępności wyniosła **6 pkt**

3) Kryterium ciągłości:

- a) kategoria - ciągłość - oferta uzyskała łącznie **4 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 4 pkt,
- b) kategoria – oceniany warunek – oferta uzyskała łącznie **10 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 15 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium ciągłości wyniosła:

Ciągłość 4 pkt + oceniany warunek 10 pkt = 14 pkt

- 4) Kryterium cena – oferta uzyskała łącznie **4,0625 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 5 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium cena wyniosła **4,06 pkt**

- 5) Kryterium inne - oferta uzyskała łącznie **2 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium inne wyniosła **2 pkt**

VI. MULTI-MEDICA SPÓŁKA JAWNA T.BRANT I WSPÓLNICY:

W wyniku analizy oferty nr 10-17-000051[14/1]-0006/00, oferent uzyskał następujące wartości punktowe za poszczególne kryteria (z rankingu końcowego):

- Jakość – 60 pkt
- Dostępność – 6 pkt
- Ciągłość – 19 pkt

- Cena – 3,02 pkt
- Inne – 0 pkt

Łączna liczba uzyskanych punktów oceny oferty – **88,02 pkt**

1) Kryterium jakości:

- a) kategoria - personel - oferta uzyskała łącznie **60 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 60 pkt,
- b) kategoria – wyniki kontroli i inne nieprawidłowości - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej –14 pkt,
- c) kategoria – pozostałe warunki - oferta uzyskała łącznie **2 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium jakość wyniosła:

Personel 60 pkt + wyniki kontroli i inne nieprawidłowości 0 pkt + pozostałe warunki 0 pkt = 60 pkt

2) Kryterium dostępności:

- a) kategoria – dostępność do świadczeń - oferta uzyskała łącznie **6 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 12 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium dostępności wyniosła **6 pkt**

3) Kryterium ciągłości:

- a) kategoria - ciągłość - oferta uzyskała łącznie **4 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 4 pkt,
- b) kategoria – oceniany warunek – oferta uzyskała łącznie **15 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 15 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium ciągłości wyniosła:

Ciągłość 4 pkt + oceniany warunek 15 pkt = 19 pkt

- 4) Kryterium cena – oferta uzyskała łącznie **3,0208 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 5 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium cena wyniosła 3,0208 pkt

- 5) Kryterium inne - oferta uzyskała łącznie **0 pkt** jednostkowych, przy maksymalnej liczbie punktów jednostkowych wynoszącej 2 pkt,

Łączna liczba uzyskanych punktów za kryterium inne wyniosła **0 pkt**

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 10 § 1, 73 § 1 i art. 74 § 2 kpa poprzez odmowę udostępnienia stronie odwołującej wglądu do ofert, stwierdzić należy iż jest całkowicie bezzasadny, gdyż podczas prowadzonego postępowania administracyjnego, wszczętego na skutek złożenia przez Odwołującego odwołania od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000051/SPO/14/1/14. 2142.026.04/01, Odwołujący nie występował do Podlaskiego OW NFZ o skorzystanie z wypływającego z art. 10 kpa prawa wglądu do akt postępowania, mimo że pismem z dnia 12 kwietnia 2017r. strony postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z ww. artykułem, 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. Z akt sprawy wynika, że 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 przedsiębiorcy. Dopiero w dniu 22

maja 2017r. (tj. po wydaniu zaskarżonej decyzji) Odwołujący skorzystał z uprawnienia wynikającego z art. 10 kpa. Odnosząc się natomiast do wskazanego przez Odwołującego w *Protokole zapoznania się z aktami sprawy* z dnia 22 maja 2017r. faktu nieokazania oferty BETAMED S.A. w części zastrzeżonej oraz protokołów z kontroli przeprowadzonej w trakcie postępowania konkursowego, wyjaśnić należy, iż u świadczeniodawców, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, będących stronami niniejszego postępowania administracyjnego nie była przeprowadzana weryfikacja (kontrola) miejsca udzielania świadczeń, w związku z czym żądanie Odwołującego w tym zakresie nie mogło zostać zrealizowane. Natomiast, mając na uwadze zapis § 11 ust. 1 warunków postępowania, zgodnie z którym oferty złożone w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy są jawne po jego zakończeniu, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę oraz fakt, iż oferent BETAMED S.A., dokonał zastrzeżenia oferty w części stanowiącej tajemnicę przedsiębiorcy, wskazując w załączniku z dnia 17 lutego 2017r., które elementy oferty nie podlegają udostępnianiu, organ zobligowany był do udzielenia informacji o treści oferty wyłącznie w zakresie niezastrzeżonym przez oferenta.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Odwołujący zarzuca, iż Fundusz dokonuje interpretacji przepisów niezgodnie z prawem, wskazując, iż zgodnie z art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach tylko braki formalne mogą być skorygowane, nieuprawnionym jest więc poprawianie w formularzu ankiety błędów, które nie są brakami formalnymi. Odpowiadając na powyższy zarzut wskazać należy, iż ocena ofert w postępowaniu konkursowym odbywa się w sposób częściowo zautomatyzowany. Poszczególne odpowiedzi ankietowe pozwalają na przydzielenie określonej liczby punktów w poszczególnych kryteriach, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przyznanie punktów odbywa się automatycznie, poprzez „zacytanie” ofert wraz z odpowiedziami ankietowymi do systemu informatycznym NFZ. W związku z powyższym, należy wskazać, że w takiej sytuacji nie dochodzi do ingerencji w treść oferty, a czynność komisji konkursowej polega jedynie na zastąpieniu w systemie elektronicznym odpowiedzi udzielonej przez oferenta odpowiedzią zgodną z rzeczywistym stanem - w celu dokonania prawidłowej oceny oferty. Komisja konkursowa nie dokonywała więc korygowania ofert, ale dokonywała prawidłowej oceny ofert, poprzez nieprzyznanie ofercie nienależnych dodatkowych punktów. Tym samym zarzut Odwołującego w przedmiotowym zakresie należy uznać za bezzasadny.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia § 5 rozporządzenia o pracach komisji poprzez braki zapisów w protokole dokonywanych czynności, podnieść należy, iż zgodnie z treścią ust. 1 ww. paragrafu wszelkie oświadczenia i zawiadomienia składane w toku postępowania wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności, natomiast w ust. 2 wskazano, iż za zachowanie formy pisemnej uważa się także zapis czynności w protokole przeprowadzenia postępowania. Analiza akt postępowania konkursowego wykazała, iż zarzut Odwołującego w tej materii jest całkowicie bezzasadny. Wszelkie oświadczenia składane przez oferentów jak i przez członków komisji oraz zawiadomienia kierowane przez komisję do oferentów dokonywane były na piśmie, bądź - jak w przypadku podjęcia przez komisję decyzji mających wpływ na przebieg postępowania potwierdzane były w protokole z dokonania czynności, czego dowodem są m.in. protokoły komisji dotyczące zmian w odpowiedziach ankietowych oferentów.

Odwołujący zarzuca również naruszenie § 8 ust. 2 pkt 2 i 9 ww. rozporządzenia poprzez prowadzenie dokumentacji postępowania w sposób nierzetelny, nieodzwierciedlający poszczególnych czynności komisji konkursowej oraz brak odzwierciedlenia w protokole zakresu koordynowania działań komisji konkursowej z działaniami osób lub komórek organizacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia uczestniczących w obsłudze postępowania. Odnosząc się do powyższego wskazać należy, iż przepisy rozporządzenia o pracach komisji nie nakładają na komisję konkursową obowiązku pisemnego udokumentowania sposobu realizacji zadania protokolanta, polegającego na koordynowaniu działań komisji konkursowej z działaniami osób lub komórek organizacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia uczestniczących w obsłudze postępowania, co czyni zarzut naruszenia § 8 ust. 2 pkt 9 za bezzasadny. Nie sposób zgodzić się również z zarzutem Odwołującego, iż dokumentacja postępowania prowadzona była w sposób nierzetelny, nieodzwierciedlający poszczególnych czynności komisji konkursowej. Jak wskazuje dokumentacja, czynności podejmowane przez komisję konkursową podczas prowadzenia przedmiotowego postępowania znalazły odzwierciedlenie w protokołach podsumowujących część jawną oraz część niejawną postępowania a także w protokole podsumowującym przebieg całego postępowania. Dodatkowo, wbrew twierdzeniom Odwołującego, również inne czynności komisji konkursowej, jak wykazano powyżej, były potwierdzane w formie protokolarnej. Odwołujący podnosi, iż decyzja komisji konkursowej o przeprowadzeniu negocjacji ze wszystkimi oferentami, nie znajduje odzwierciedlenia w protokole komisji. Jest to argument całkowicie chybiony, gdyż przedmiotowa decyzja została potwierdzona w „*Protokole z posiedzenia Komisji Konkursowej postępowania nr 10-17-000051/SPO/14/1/14.2142.026.04/01*” z dnia 28 marca 2017 roku, znajdującym się w aktach postępowania konkursowego, w którym komisja konkursowa wskazuje, iż przeprowadzi negocjacje ze wszystkimi oferentami na podstawie rankingu kwalifikacyjnego z dnia 28 marca 2017 roku. Mając powyższe na uwadze za niezasadny należy uznać zarzut Odwołującego dotyczący naruszenia § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia o pracach komisji.

Dokonując rozpatrzenia sprawy pod kątem zarzutu Odwołującego, dotyczącego naruszenia § 17 ust. 2 rozporządzenia o pracach komisji, poprzez zaniechanie przeprowadzenia weryfikacji oferentów w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, stwierdzić należy, iż jest on całkowicie chybiony. Na wstępie wskazać bowiem należy, iż komisja konkursowa na podstawie § 17 ust. 2 rozporządzenia o pracach komisji ma prawo do przeprowadzenia weryfikacji u każdego oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości danych zawartych w ofercie. Jednocześnie zgodnie z § 17 ust. 3 rozporządzenia o pracach komisji komisja konkursowa przeprowadza weryfikację u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania. Stosownie do powyższego wskazać należy, iż komisja konkursowa nie ma obowiązku przeprowadzenia weryfikacji u dotychczasowego świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy, obowiązek taki nie wynika również z ustawy o świadczeniach ani z innych aktów wykonawczych do tej ustawy. Dlatego też w trakcie przedmiotowego postępowania konkursowego takie czynności weryfikacyjne zostały przeprowadzone u 4 oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na obszarze powiatu: Białystok. Tym samym, nie może stanowić zarzutu fakt, iż działania komisji konkursowej podejmowane były zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Odnosząc się natomiast do zarzutu naruszenia § 19 pkt 7 rozporządzenia o pracach komisji, podnieść należy, iż zgodnie z jego brzmieniem komisja konkursowa sporządza protokół z przebiegu postępowania, który zawiera informację o jego odczytaniu. Zgodnie ze znajdującym się w aktach postępowania protokołem z posiedzenia komisji – podsumowanie postępowania z dnia 4 kwietnia 2017r., przedmiotowy protokół został odczytany w obecności członków komisji, co zostało potwierdzone ich podpisami, znajdującymi się pod stosownym zapisem. Tym samym niezasadny jest zarzut Odwołującego dotyczący nieodczytania protokołu.

W uzasadnieniu wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy Odwołujący nie zgadza się stanowiskiem Dyrektora POW NFZ, przedstawionym w zaskarżonej decyzji, iż oferenci nie mieli obowiązku wykazywania w ofercie telefonu jako sprzętu wymaganego do realizacji świadczeń, podnosząc, iż w części V formularza ofertowego w wykazie zasobów istniała możliwość wprowadzenia telefonu. Jednakże, wskazać należy, iż sam fakt technicznej możliwości wprowadzenia do formularza ofertowego telefonu, nie stanowi o tym, iż oferenci w przedmiotowym postępowaniu mieli obowiązek 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, zapewnienie kontaktu telefonicznego jest wymogiem w zakresie warunków lokalowych, których sprawdzenia dokonuje komisja konkursowa podczas weryfikacji w miejscu udzielania świadczeń, a nie wymogiem w zakresie sprzętu niezbędnego do realizacji świadczeń. Dlatego też, nie sposób zgodzić się z argumentacją Odwołującego, iż oferta w której oferent nie wykazał telefonu, podlega odrzuceniu na podstawie art.149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, zatem jego zarzuty w tym zakresie nie zasługują na uwzględnienie.

Odnosząc się natomiast do zarzutu Odwołującego, dotyczącego nieprawidłowej oceny jego oferty w kryterium dostępności, organ nie podziela argumentacji Odwołującego, który podnosi, iż w związku z rozbieżnymi interpretacjami powyższego warunku, komisja konkursowa dokonała uznaniowej i wadliwej oceny jego oferty w kryterium dostępności. Pomimo tego, co podnosi Odwołujący, w zakresie 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*”, nie obowiązywały rozbieżne interpretacje dotyczące przesłanek oceny spełniania warunku. Komisja konkursowa dokonywała weryfikacji spełniania kryteriów na podstawie przepisów i interpretacji obowiązujących w czasie, w jakim prowadzone było postępowanie konkursowe. Jak wskazano w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji - warunek był uznawany za spełniony, jeżeli dotyczył wszystkich świadczeniobiorców objętych świadczeniami pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej w okresach między wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki. Zgodnie z danymi sprawozdawczymi znajdującymi się w posiadaniu NFZ, Odwołujący nie spełnia ww. warunku, czego dowodem jest pacjent Odwołującego, który po hospitalizacji trwającej od 8 maja 2016r. do 20 maja 2016r. został ponownie objęty opieką przez Odwołującego dopiero od 1 lipca 2016r. Podkreślić należy, iż 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 nie zasługują na uwzględnienie.

Odwołujący podnosi dodatkowo, iż interpretacja Ministra Zdrowia narusza przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008r o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta oraz jest sprzeczna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Ustosunkowując się do tak postawionego zarzutu, podkreślić należy, iż Dyrektor POW NFZ nie jest władny do oceny wykładni przepisu, dokonanej bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia.

Nie znajduje potwierdzenia w dokumentacji postępowania konkursowego zarzut Odwołującego odnośnie nieprawidłowej oceny NZOZ PIGUŁKA w kryterium dostępności. Za warunek, o którym pisze Odwołujący we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w brzmieniu: *„Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie”*, oferent NZOZ PIGUŁKA nie otrzymał dodatkowych punktów, pomimo udzielenia odpowiedzi „Tak” w części ankietowej oferty. Komisja konkursowa po stwierdzeniu, iż oferent nie spełnia ww. warunku, dokonała zmiany odpowiedzi oferenta w systemie informatycznym, czego efektem było nieprzyznanie punktów za przedmiotowy warunek. Biorąc to pod uwagę, zarzut Odwołującego jest w tym względzie oczywiście bezzasadny, bowiem oferta ww. podmiotu została w kryterium dostępności oceniona prawidłowo, co skutkowało 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.

Podniesiony przez Odwołującego zarzut, dotyczący błędu w ocenie oferty Multi-Medica Spółka Jawna T. Brandt i Wspólnicy (oferenta, występującego z oznaczeniem miejsca udzielania świadczeń – 7888), 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 długoterminowego domowego 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 ww. oferenta udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów

w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa opieki 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 tj. zapewnienia 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 w kryterium dostępności otrzymała ogółem 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 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, umożliwiający 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 11/2017/SPO z dnia 26 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. 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.