

Białystok, dnia 20 września 2017r.

WOP.422.78.2017

Decyzja Nr 78/2017/REH
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 12 września 2017r. przez **Samodzielny Szpital Miejski im. PCK, 15-003 Białystok, ul. H. Sienkiewicza 79**, zwany dalej „Odwołującym”

od decyzji Nr 67/2017/REH Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 września 2017r. oddalającej odwołanie Odwołującego od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000374/REH/05/1/05.1310.208.02/01,

w rodzaju: rehabilitacja lecznicza,

w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna,

na obszarze gminy: 2061011 Białystok Przydworcowe, Nowe Miasto, Bema, Kawaleryjskie, Piaski, Mickiewicza, Dojlidy, Dojlidy Górne

Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia postanawia:

- utrzymać w mocy zaskarżoną decyzję.

Uzasadnienie

W dniu 7 lipca 2017r. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-17-000374/REH/05/1/05.1310.208.02/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze gminy: 2061011 Białystok Przydworcowe, Nowe Miasto, Bema, Kawaleryjskie, Piaski, Mickiewicza, Dojlidy, Dojlidy Górne, od 1 października 2017r. do 30 czerwca 2021r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 300 392,00 PLN na okres rozliczeniowy od 1 października 2017r. do 31 grudnia 2017r. oraz wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostaną zawarte maksymalnie 3 umowy. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 21 lipca 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 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2016r. poz. 1522 ze zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem rehabilitacyjnym”, a także wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

1. Zarządzeniu Nr 130/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2016r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, zmienione Zarządzeniem Nr 4/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2017r., Zarządzeniem Nr 33/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 maja 2017r. oraz Zarządzeniem Nr 49/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 lipca 2017r., zwanym dalej „warunkami zawierania i realizacji umów”.
2. Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmienionym Zarządzeniem Nr 19/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 marca 2017r., 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 ze 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 19 lipca 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 5 ofert, w tym oferta Odwołującego nr 10-17-000374[05/1]-0001/00.

Otwarcie ofert nastąpiło dnia 25 lipca 2017r.

W części jawnej postępowania, dnia 26 lipca 2017r. komisja konkursowa stwierdziła, iż oferta Odwołującego spełnia warunki formalne. Dnia 28 lipca 2017r. Odwołujący został wezwany do złożenia wyjaśnień w zakresie warunków wymaganych w przedmiocie personelu oraz warunków dodatkowo ocenianych w zakresie personelu, posiadania odrębnej aplikacji elektronicznej oraz certyfikatu ISO 9001. Stosowne wyjaśnienia wpłynęły do komisji konkursowej dnia 1 sierpnia 2017r. Następnie, dnia 2 sierpnia 2017r. Odwołujący został

wezwany do złożenia wyjaśnień dotyczących sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej. Wyjaśnienia Odwołującego w powyższym zakresie wpłynęły do komisji dnia 4 sierpnia 2017r. Po rozpoznaniu ofert w części jawnej postępowania, oferta Odwołującego została zakwalifikowana do części niejawnej postępowania. Dnia 8 sierpnia 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, mając na uwadze wyjaśnienia złożone przez Odwołującego 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 18 sierpnia 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 21 sierpnia 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego, zgodnie z którym oferta Odwołującego nie została wybrana do zawarcia umowy.

Dnia 25 sierpnia 2017r. Odwołujący złożył odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000374/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w którym zarzucił, iż przedmiotowe rozstrzygnięcie wykluczyło z grona świadczeniodawców placówkę o 50-cio letnich tradycjach, wyposażoną w sprzęt zabiegowy najwyższej jakości oraz zapewniającą usługi rehabilitacyjne na wysokim poziomie. Dodatkowo, Odwołujący poddaje pod wątpliwość zasadność podziału miasta Białegostoku na 3 obszary oraz ograniczenie liczby umów fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze nr 2061011 do 3, w sytuacji możliwości korzystania przez pacjenta z leczenia rehabilitacyjnego niezależnie od miejsca zamieszkania. Zwraca również uwagę na fakt, iż niewybranie jego placówki spowoduje komplikacje dla pacjentów zapisanych w kolejkę oczekujących na rok 2018, którzy będą musieli szukać innej poradni oraz na związane z tym problemy organizacyjne. Na koniec Odwołujący zarzuca, iż kryteria wyboru są jasne tylko dla NFZ, a jego oferta nie została przyjęta, pomimo obustronnego podpisania protokołu końcowego z negocjacji, podnosząc jednocześnie, iż zapis w protokole, że cyt.: „Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.” podważa sens negocjacji wobec możliwości wyboru oferentów przez Fundusz według własnego uznania.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

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

1. SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK, ul. H. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok - Odwołujący.
2. „OSTEO-MEDIC” SPÓŁKA CYWILNA ARTUR RACEWICZ, JERZY SUPRONIK, ul. Wiejska 81, 15-351 Białystok.
3. UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU, ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok.

4. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU, ul. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok.

Pismem z dnia 28 sierpnia 2017r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2017r. poz. 1257), zwanej 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. Odwołujący, w dniu 28 sierpnia 2017r. oraz w dniu 31 sierpnia 2017r., zapoznał się z aktami sprawy zgromadzonymi w trakcie postępowania konkursowego.

Po szczegółowym zapoznaniu się z przebiegiem postępowania konkursowego o kodzie 10-17-000371/REH/05/1/05.1310.208.02/01, 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 19 lipca 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 1 września 2017r. Nr 67/2017/REH 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 5 września 2017r.

Dnia 12 września 2017r. – w ustawowym terminie, wpłynął wniosek Odwołującego o ponowne rozpatrzenie sprawy, w którym Odwołujący wyraził swoje wątpliwości co do poprawności zakwalifikowania i zweryfikowania dokumentów służących do wyboru ofert. W jego ocenie postępowanie nie zostało należycie udokumentowane, co stanowi naruszenie zasady prawdy obiektywnej, zasady praworządności i jawności postępowania, nie wskazując jednocześnie na konkretne przypadki naruszenia przez organ tych zasad. Wskazał na nierozstrzygnięcie kwestii, czy oferty zakwalifikowane do zawarcia umów w rzeczywistości spełniały warunki konkursowe. W dalszej części uzasadnienia swego wniosku Odwołujący podnosi, iż Fundusz ukarał go za uchybienia z 2015r., które zostały natychmiast skorygowane, a obecnie stanowiły jedną z podstaw do negatywnej oceny jego oferty, co jego zdaniem jest podwójnym ukaraniem. W związku z tym prosi o wskazanie, czy oferenci zakwalifikowani do zawarcia umowy w tym postępowaniu byli poddani kontroli przed procedurą konkursową i z jakim skutkiem. Końcowo wskazuje, iż od lat zapewniał świadczenia na wysokim poziomie dla pacjentów z Białegostoku i regionu, dlatego niezrozumiałym jest aby na tym etapie zamknąć możliwość rzetelnej oceny materiału konkursowego. Równocześnie z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy Odwołujący składa wniosek o umożliwienie mu wglądu w całość materiału, który posłużył do oceny przedmiotowego postępowania konkursowego, łącznie z materiałem objętym tajemnicą przedsiębiorstwa. Jednocześnie ze wskazanym wcześniej wnioskiem zastrzega sobie prawo do przedłożenia pełnego stanowiska, gdyż z uwagi na bardzo krótki termin na wniesienie środka odwoławczego nie miał możliwości należytego przedstawienia stanowiska strony.

Pismem z dnia 13 września 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.

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 5 ofert. W części jawnej postępowania konkursowego oferty poddawane były ocenie komisji konkursowej pod kątem spełniania wymogów formalno-prawnych. Komisja konkursowa wezwała 1 oferenta, którego oferta dotknięta była brakami formalnymi, do ich uzupełnienia w wyznaczonym terminie.

Jednocześnie, na podstawie § 17 rozporządzenia o pracach komisji, przeprowadzone zostały czynności weryfikacyjne u 2 oferentów, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonych przez nich ofertach.

Po rozpoznaniu ofert w części jawnej komisja konkursowa przyjęła do dalszego postępowania 5 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 wyboru 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 punktową w odniesieniu do przedmiotowego postępowania określony został w załączniku nr 5 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: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, 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: fizjoterapia ambulatoryjna, ocena ofert obejmowała kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości, inne oraz ceny.

Poniższa tabela przedstawia ocenę ofert zawartą w rankingu otwarcia z propozycjami Funduszu z dnia 8 sierpnia 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	10-17-000374[05/1]-0004/00	UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku	DZIAŁ FIZJOTERAPII 15-274 BIAŁYSTOK ul. WASZYNGTONA 17	10	54	4	6	0	0	64	74
2	10-17-000374[05/1]-0005/00	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 15-276 BIAŁYSTOK ul. M.C. SKŁÓDOWSKIEJ 24A	10	52	2	6	0	0	60	70

3	10-17-000374(05/1)-0003/00	"OSTEO-MEDIC" SPÓŁKA CYWILNA ARTUR RACEWICZ, JERZY SUPRONIK	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 15-351 BIAŁYSTOK ul. WIEJSKA 81	10	33	4	6	4	0	47	57
4	10-17-000374(05/1)-0002/00	GRAZYNA JOANNA JAROSZEWICZ	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 15-223 BIAŁYSTOK ul. MICKIEWICZA 44A/4	10	32	2	6	6	0	46	56
4	10-17-000374(05/1)-0001/00	SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK	PRACOWNIA FIZJOTERAPII, UL. BEMA 2 15-950 BIAŁYSTOK	10	32	2	6	6	0	46	56

Z rankingu otwarcia wynika, że oferta złożona przez Odwołującego uzyskała ogółem 56 pkt, w tym za jakość – 32 pkt, za kompleksowość – 2, za dostępność – 6 pkt, za ciągłość – 6 pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 10 pkt.

W związku z rozbieżnościami występującymi w ofercie Odwołującego pomiędzy odpowiedziami na pytania ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego, a informacjami zawartymi w części szczegółowej formularza ofertowego oraz danymi posiadanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa w dniu 8 sierpnia 2017r. podjęła decyzję o dokonaniu zmiany w systemie informatycznym udzielonej przez Odwołującego odpowiedzi "Nie" na odpowiedź: „Tak”, w poniższych pytaniach ankietowych:

1. Kryterium jakości - pytanie 2.2.2, tj.: „*Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli*” oraz
2. Kryterium jakości - pytanie 2.2.10, tj.: „*Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli*”.

Jednocześnie, mając na uwadze wyjaśnienia Odwołującego z dnia 4 sierpnia 2017r., komisja konkursowa dokonała zmiany udzielonej przez niego odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.4.3. w kryterium jakości - „*Prowadzenie dokumentacji medycznej*” z „Elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawione są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.” na prawidłową - „Indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.” 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 jakości z 32 pkt na 28,5 pkt, co znajduje odzwierciedlenie w rankingu bieżącym z dnia 11 sierpnia 2017r. Zgodnie z przedmiotowym rankingiem, oferta Odwołującego uzyskała łącznie 52,5 pkt, w tym za jakość – 28,5 pkt, kompleksowość – 2 pkt, dostępność – 6 pkt, ciągłość – 6 pkt, inne – 0 pkt, cena – 10 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 negocjacji przeprowadzonych przez komisję konkursową z Odwołującym w dniu 18 sierpnia 2017r. strony ustaliły cenę jednostkową za punkt w wysokości 0,90 zł oraz łączną liczbę świadczeń na 129 000. 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 21 sierpnia 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	Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
					J	K	D	C	I	razem		
1	10-17-000374(05/1)-0004/00	UNIwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku	DZIAŁ FIZJOTERAPII 15-274 BIAŁYSTOK ul. WASZYNGTONA 17	10	54	4	6	0	0	64	74	Tak
2	10-17-000374(05/1)-0005/00	UNIwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 15-276 BIAŁYSTOK ul. M.C. SKŁODOWSKIEJ 24A	10	52	2	6	0	0	60	70	Tak
3	10-17-000374(05/1)-0003/00	"OSTEO-MEDIC" SPÓŁKA CYWILNA ARTUR RACEMICZ, JERZY SUPRONIK	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 15-351 BIAŁYSTOK ul. WIEJSKA 81	10	33	4	6	4	0	47	57	Tak
4	10-17-000374(05/1)-0002/00	GRAŻYNA JOANNA JAROSZEWICZ	PRACOWNIA FIZJOTERAPII 15-223 BIAŁYSTOK ul. MICKIEWICZA 44A/4	10	32	2	6	6	0	46	56	Nie
5	10-17-000374(05/1)-0001/00	SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK	PRACOWNIA FIZJOTERAPII, 15-950 BIAŁYSTOK ul. BEMA 2	10	28,5	2	6	6	0	42,5	52,5	Nie

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

Mając na uwadze powyższe, komisja dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Do zawarcia umowy wybrano 3 oferty o najwyższej łącznej ocenie punktowej, które zajęły w rankingu pozycje od 1 do 3, uzyskując odpowiednio od 74 do 57 punktów. Dokonanie wyboru tych ofert doprowadziło do realizacji celu postępowania, jakim było zawarcie trzech umów - zgodnie z ogłoszeniem konkursu ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o kodzie 10-17-000374/REH/05/1/05.1310.208.02/01. W związku z powyższym oferta Odwołującego, która z łączną sumą 52,5 pkt zajęła 5 - ostatnie miejsce w rankingu końcowym, nie została wybrana do zawarcia umowy.

W dniu 21 sierpnia 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania o kodzie 10-17-000374/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w wyniku którego świadczenia na obszarze objętym zamówieniem zostały zabezpieczone. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 300 391,60 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 67/2017/REH z dnia 1 września 2017r. Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddalającej odwołanie Odwołującego od rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania organ dokonał rozpatrzenia zarzutów Odwołującego, podając wskazaną poniżej argumentację:

Ustosunkowując się do odwołania złożonego przez Samodzielny Szpital Miejski im. PCK, należy jeszcze raz podkreślić, iż zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154. Zgodnie z ustawą o świadczeniach, zasadami przeprowadzania postępowania są w szczególności: równe traktowanie świadczeniodawców, niezmiennosć warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania, przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur oraz zachowanie uczciwej konkurencji.

Po przeanalizowaniu akt postępowania konkursowego, dokonując rozpatrzenia sprawy pod kątem zarzutu Odwołującego dotyczącego wykluczenia z grona świadczeniodawców wieloletniej placówki wyposażonej w sprzęt zabiegowy najwyższej jakości, zapewniającej usługi rehabilitacyjne na wysokim poziomie, podkreślić należy, iż za wskazany powyżej potencjał Odwołujący, z uwzględnieniem wyników kontroli, został oceniony podczas postępowania konkursowego przez komisję konkursową, zgodnie z przepisami 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. Wszystkie oferty złożone w przedmiotowym postępowaniu, w tym również oferta Odwołującego, zostały poddane jednolitej ocenie zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione zgodnie z kryteriami oceny ofert, obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu. Komisja konkursowa dokonywała oceny wszystkich ofert złożonych w przedmiotowym postępowaniu w oparciu o kryteria oceny ofert - na podstawie złożonych i wczytanych do systemu

informatycznego ankiet (czyli w rozumieniu § 2 pkt 1 warunków postępowania, zestawu pytań Narodowego Funduszu Zdrowia kierowanych do oferentów) oraz udzielonych przez oferentów odpowiedzi. Istotnym pozostaje, iż treść zapytań ofertowych uwzględniała kryteria oceny ofert obowiązujące w przedmiotowym postępowaniu, a zarówno warunki wymagane, jak i rankingujące, obowiązujące w przedmiotowym postępowaniu były jawne i znane wszystkim oferentom.

Każdy z oferentów, biorących udział w przedmiotowym postępowaniu, mógł uzyskać maksymalnie 100 punktów, w tym: w kryterium jakości - 64 pkt, w kryterium kompleksowości - 6 pkt, w kryterium dostępności - 6 pkt, w kryterium ciągłości - 12 pkt, w kryterium inne - 2 pkt, w kryterium ceny - 10 pkt.

Oferta Odwołującego została ostatecznie oceniona na 52,5 pkt, w tym za poszczególne kryteria: cena - 10 pkt, jakość - 28,5 pkt, kompleksowość - 2 pkt, dostępność - 6 pkt, ciągłość - 6 pkt, inne - 0 pkt.

Szczegółowa ocena oferty Odwołującego w poszczególnych kryteriach, przedstawia się następująco:

I. Kryterium jakości:

W kryterium jakości Odwołujący uzyskał 28,5 pkt. Na powyższą ocenę wpłynęło udzielenie przez ww. odpowiedzi „Tak” na następujące zapytania ankietowe:

1. „*Magister fizjoterapii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem jako fizjoterapeuta - równoważnik co najmniej 1/2 etatu*”, za które otrzymał 12 pkt.
2. „*Zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej*”, za które otrzymał 4 pkt.
3. „*Urządzenie wytwarzające impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości - w miejscu udzielania świadczeń*”, za które otrzymał 3 pkt.
4. „*Wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych - w lokalizacji*”, za które otrzymał 3 pkt.
5. „*Zestaw do kriostymulacji parami azotu - w miejscu udzielania świadczeń*”, za które otrzymał 2 pkt.
6. „*Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń*”, za które otrzymał 3 pkt.
7. „*Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością*”, za które otrzymał 1 pkt.

Ponadto, w kryterium jakości, w zależności od wskazanego sposobu realizacji warunku - „*Prowadzenie dokumentacji medycznej*” można było uzyskać odpowiednio 2 punkty - przy wskazaniu - „*Indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku*” lub 4 punkty - przy wskazaniu „*Elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku*”.

Odwołując, co prawda udzielił odpowiedzi wskazującej na prowadzenie „*Elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawiane są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku*”, jednakże, jak stwierdziła komisja konkursowa, mając na uwadze wyjaśnienia Odwołującego z dnia 4 sierpnia 2017r., prowadzi on dokumentację indywidualną. Biorąc pod uwagę powyższe, komisja konkursowa dokonała zmiany, udzielonej przez Odwołującego, odpowiedzi na pytanie ankietowe 2.4.3.:

„Prowadzenie dokumentacji medycznej” z „Elektronicznej (EDM) w rozumieniu przepisów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z art. 11 ust. 1 tej ustawy, z wyłączeniem recept i skierowań, które wystawione są co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.” na prawidłową - „Indywidualnej w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta w postaci elektronicznej, przy czym w przypadku wystawiania recept i skierowań co najmniej poprzez nanoszenie danych za pomocą wydruku.”, za którą Odwołujący uzyskał 2 punkty.

Jednocześnie, na podstawie danych posiadanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa dokonała zmiany udzielonych przez Odwołującego odpowiedzi ”Nie” na odpowiedź: „Tak”, w poniższych pytaniach ankietowych:

1. „*Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli*”, w związku z czym Odwołujący uzyskał 1 punkt ujemny oraz

2. „*Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej - stwierdzone tylko na podstawie kontroli*”, w związku z czym Odwołujący uzyskał 0,5 punktu ujemnego.

Należy w tym miejscu podnieść, iż działanie komisji konkursowej polegające na dostosowaniu ankiety do stanu faktycznego tylko i wyłącznie w celu uniknięcia bezpodstawnego przyznania punktów Odwołującemu za warunek, którego nie spełniał, należy uznać 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 opieki zdrowotnej.

Mając powyższe na uwadze, stwierdzić należy, iż komisja konkursowa prawidłowo oceniła ofertę Odwołującego w kryterium jakości na 28,5 pkt.

II. Kryterium kompleksowości:

Oferta Odwołującego została oceniona w kryterium kompleksowości na 2 punkty za zadeklarowanie spełniania jednego warunku dodatkowo ocenianego – „*Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej*”.

III. Kryterium dostępności:

Oferta Odwołującego uzyskała maksymalną ilość 6 punktów.

IV. Kryterium ciągłości:

W kryterium ciągłości oferta Odwołującego uzyskała łącznie 6 punktów. Na przedmiotową ocenę wpłynęło wskazanie przez Odwołującego, iż realizuje warunek dodatkowo oceniany: „*W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców*” – nieprzerwanie od 10 lat w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.

V. Kryterium – Inne:

W kryterium „Inne” istniała możliwość otrzymania dodatkowych 2 pkt w przypadku spełniania warunku rankingującego „*Współpraca z Agencją – realizacja umowy, o której mowa w art. 311c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.*”

W związku z udzieleniem odpowiedzi „Nie” w zakresie spełniania tego warunku, Odwołujący nie otrzymał dodatkowych punktów. Oferta Odwołującego prawidłowo została oceniona więc

w kryterium inne na 0 punktów.

VI. Kryterium ceny:

Odwołujący uzyskała maksymalną możliwą do otrzymania liczbę 10 punktów.

Po dokonaniu szczegółowej analizy punktacji oferty Odwołującego, należy stwierdzić, że została ona prawidłowo oceniona przez komisję konkursową, zgodnie z przepisami 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. Natomiast okoliczności, jakie podaje Odwołujący dotyczące niewykorzystania sprzętu czy też wypłaty odszkodowań dla zwalnianych pracowników, jako niepodlegające ocenie zgodnie z powyższym rozporządzeniem, nie wskazują na jakikolwiek uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego.

Odnosząc się do podnoszonej przez Odwołującego kwestii podziału miasta Białegostoku na trzy obszary i ograniczenie liczby umów fizjoterapii ambulatoryjnej na obszarze nr 2061011 do trzech, wskazać należy, iż zgodnie z art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego należy przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zawieranie umów. Konsekwencją wypełnienia tak określonych obowiązków dyrektora oddziału jest również określenie obszarów kontraktowania, celem zapewnienia optymalnej dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych na terenie województwa podlaskiego, w tym na obszarze miasta Białegostoku, czego nie należy utożsamiać z kryterium dostępności, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia, służącym do oceny ofert. Ustalenia w zakresie podziału podjęto przy wykorzystaniu pisma znak: DOM-IV. 1431.6.2016 z dnia 24 sierpnia 2016r. z Urzędu Miejskiego w Białymstoku. Mając na uwadze różną liczbę mieszkańców w poszczególnych grupach osiedli, zaplanowano na każdy obszar kontraktowania liczbę świadczeń proporcjonalną w stosunku do populacji w poszczególnych grupach osiedli. Jednakże, podkreślić należy, iż z punktu widzenia Podlaskiego OW NFZ istotna jest liczba zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych (tj. świadczeń) przy uwzględnieniu kryteriów wyboru ofert. Celem Podlaskiego OW NFZ było zakontraktowanie świadczeń możliwie „jak najbliżej pacjenta”. Natomiast, liczba umów, wynikała z liczby jednostek rozliczeniowych zaplanowanych na danym obszarze i była proporcjonalna w stosunku do wartości przedmiotu zamówienia. W kontekście powyższego, nie sposób doszukać się w opisanym działaniu Podlaskiego OW NFZ bezzasadnego i bezpodstawnego działania. Należy przy tym podkreślić, iż w wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania świadczenia będące przedmiotem postępowania zostały zabezpieczone przez 3 podmioty, które w ramach oferowanego potencjału wykonawczego, po dokonaniu oceny przez komisję konkursową, zapewniają realizację świadczeń będących przedmiotem zamówienia dotychczasowym i przyszłym pacjentom.

Ustosunkowując się do podnoszonej przez Odwołującego zasadności przeprowadzania negocjacji w sytuacji niedokonania wyboru oferty, wskazać należy, iż uprawnienie komisji konkursowej do przeprowadzenia negocjacji wynika bezpośrednio z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym komisja konkursowa w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby i ceny planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym, stwierdzić należy, iż decyzja komisji konkursowej dotycząca prowadzenia negocjacji jest prawidłowa pod względem prawnym, dlatego też sam fakt skorzystania przez komisję konkursową

z przysługującego mu uprawnienia ustawowego nie może być postrzegany jako naruszenie zasad prowadzenia postępowania.

Jednocześnie, podkreślić należy, iż celem negocjacji, stosownie do powyższego przepisu, jest ustalenie z oferentami wyłącznie liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, nie zaś zawarcie oznaczonej umowy. Jak słusznie wskazuje Odwołujący, podpisanie protokołu końcowego ze zbieżnymi stanowiskami stron nie stanowi przyrzeczenia zawarcia umowy – o czym dodatkowo informuje zapis w przedmiotowym protokole, cyt.: *„Zbieżność stanowisk w protokole końcowym nie oznacza dokonania wyboru oferenta i przyrzeczenia zawarcia umowy.”*. Jednakże, wbrew twierdzeniom Odwołującego, nie oznacza to, że Fundusz dokonuje wyboru oferentów według własnego uznania. Działania komisji w postępowaniu konkursowym oparte są wyłącznie na obowiązujących przepisach. W tym miejscu, podkreślić należy, iż konkurs w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty mają spełniać wymagania bezwzględne, a konkurują ze sobą warunkami dodatkowo ocenianymi (rankującymi), które mają wpływ na pozycję danej oferty w rankingach sporządzanych na poszczególnych etapach postępowania. Spełnianie określonych warunków dodatkowo ocenianych w poszczególnych kryteriach jest punktowane zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, które powinny być znane obu oferentom, gdyż zostały podane w ogłoszeniu przedmiotowego postępowania konkursowego. Jak wskazano w uzasadnieniu niniejszej decyzji porównania ofert dokonuje się według kryteriów określonych w art. 148 ustawy o świadczeniach. Komisja konkursowa nie może więc dowolnie kształtować oceny ofert w postępowaniu konkursowym, działa bowiem w granicach prawa, którego przestrzeganie gwarantuje równe traktowanie oferentów biorących udział w postępowaniu. Liczba punktów, którą otrzymuje dana oferta w wyniku jej oceny decyduje o miejscu w rankingu końcowym, który jest podstawą do wyboru oferty w celu zawarcia umowy. O korzystności oferty świadczy jej ocena całościowa, pod kątem spełniania warunków wymaganych, dodatkowo rankujących i cenowych. Do zawarcia umowy wybierane są oferty z najwyższą punktacją – do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia wskazanego w ogłoszeniu oraz maksymalnej liczby umów określonej w ogłoszeniu. Analiza akt postępowania konkursowego jednoznacznie wykazała, iż wszystkie oferty złożone w postępowaniu zostały poddane jednolitej ocenie zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem kryteriów oceny ofert, obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu a dokonanie wyboru ofert nastąpiło z poszanowaniem zasad opisanych powyżej. Zatem, stwierdzić należy, iż postępowanie komisji konkursowej, która dokonała wyboru ofert, po dokonaniu rzetelnego porównania ofert zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, było prawidłowe i wynikało z obowiązujących przepisów prawa.

Podnieść dodatkowo należy, iż konkurs ofert nie stanowi gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ani nie jest też gwarancją jej zawarcia, a trybem wyboru oferentów celem zawarcia umów w poszczególnych zakresach i rodzajach świadczeń. Postępowanie konkursowe prowadzi się w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zatem na każdym jego etapie komisja konkursowa podejmuje działania zmierzające do wyboru ofert i zawarcia umów w takiej liczbie, która zapewni świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju. Działania komisji nie mają jednak prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, biorącymi

udział w postępowaniu. Zgodnie z ideą konkursu, zadaniem komisji jest dokonanie wyboru najkorzystniejszego, w ramach kwoty zamówienia. W przypadku ograniczonej kwoty stanowiącej wartość postępowania w stosunku do liczby złożonych ofert, usytuowanie w rankingu końcowym, decyduje o zawarciu umowy. W tym miejscu należy wyjaśnić, iż ogłoszenie o konkursie ofert zawiera informację dotyczącą maksymalnej liczby umów do zawarcia, która wynosi 3. Oferenci sklasyfikowani w rankingu końcowym na pozycjach od 1 do 3 wypełniają niemal w 100% wartość zamówienia przewidzianego przez Fundusz, stąd Odwołujący usytuowany na 5 - ostatnim miejscu rankingu nie został wybrany w celu zawarcia umowy. Oferta Odwołującego nie została wybrana, mimo że spełniała wszystkie wymagania formalno-prawne oraz warunki wymagane w przedmiotowym postępowaniu, wynikające z obowiązujących przepisów prawa, ponieważ na konkurs złożono oferty, które ze względu na wyżej oceniony potencjał wykonawczy, uzyskały wyższą ocenę punktową – odpowiednio od 74 do 57 punktów i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

Odnosząc się natomiast do podnoszonych przez Odwołującego okoliczności dotyczących komplikacji dla pacjentów zapisanych w kolejkę oczekujących na rok 2018 oraz związanych z tym problemów organizacyjnych wskazać należy, iż w żaden sposób nie świadczą one o nieprawidłowościach w działaniu komisji konkursowej podczas przeprowadzonego postępowania konkursowego. Podkreślić bowiem należy, iż postępowanie konkursowe, jak już wskazano powyżej, 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. Ponadto, sytuacja, o której pisze Odwołujący została przewidziana i uregulowana przez ustawodawcę. Zgodnie z art. 20 ust. 10a - 10b ustawy o świadczeniach, w przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca wpisany na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który wykonywał tę umowę, może wpisać się na listę oczekujących prowadzoną przez innego świadczeniodawcę wykonującego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie. Świadczeniodawca, do którego zgłasza się świadczeniobiorca, ustala kolejność przyjęć, z uwzględnieniem daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dlatego też, w myśl powyższych przepisów, pacjenci w żaden sposób nie będą narażeni na opóźnienie w realizacji zabiegów bądź otrzymanie świadczeń gorszej jakości.

Mając powyższe na uwadze, Dyrektor POW NFZ podtrzymuje w całości swoje stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji w odpowiedzi na zarzuty Odwołującego podniesione w odwołaniu z dnia 25 sierpnia 2017r., a powtórzone we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, uznając je ponownie za bezzasadne. W odniesieniu do nowych zarzutów i twierdzeń podniesionych przez Odwołującego we wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, wskazać należy co następuje:

Analizując ponownie materiał dowodowy należy stwierdzić, iż organ I instancji wyczerpująco i zupełnie przedstawił stan faktyczny oraz prawny. Zasada jawności postępowania nie została naruszona. Odwołujący dwukrotnie (w dniu 28 sierpnia 2017r. oraz 31 sierpnia 2017r.) zapoznał się z aktami sprawy zgromadzonymi w trakcie postępowania konkursowego, czego dowodem są sporządzone i opatrzone podpisami protokoły okazania

akt. Akta zostały udostępnione zgodnie z przepisem art. 135 ustawy o świadczeniach. Zgodnie z jego treścią oferty złożone w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są jawne, a Fundusz realizuje zasadę jawności ofert, z wyłączeniem informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorcy, które zastrzeżone zostały przez świadczeniodawcę - w szczególności przez umożliwienie wglądu do tych ofert. Jak wskazuje orzecznictwo NSA (*wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 12 czerwca 2013 r. w sprawie I OSK 455/13*) należy zauważyć, że na tajemnicę przedsiębiorcy składają się dwa elementy: materialny (np. szczegółowy opis stosowanych technologii, urządzeń) oraz formalny - wola utajnienia danych informacji. W przedmiotowej sprawie niewątpliwie oba elementy zostały zachowane. Oferent wskazał konkretnie informacje, na które chce nałożyć klauzulę, oraz złożył w tym celu stosowne oświadczenie. Skoro możliwość zastrzeżenia informacji zawartych w ofertach przewidział sam ustawodawca, a sposób dokonania takiego zastrzeżenia został doprecyzowany w zarządzeniu Prezesa NFZ, które znane było oferentom jeszcze przed przystąpieniem do postępowania konkursowego, to nie sposób czynić organowi zarzutu, że przestrzegał obowiązujących regulacji (*wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9 marca 2017 r. w sprawie II GSK 1784/15*). Z uwagi na powyższe zarzut Odwołującego dotyczący naruszenia przez Organ zasady jawności nie ma podstaw ani faktycznych, ani prawnych.

Zarzut dotyczący „podwójnego ukarania” (jak to nazywa Odwołujący) również nie zasługuje na uwzględnienie. Komisja konkursowa w toku postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje analizy złożonych ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych deklarowanych przez oferentów. Oferent tworząc ofertę w części ankietowej korzysta z udostępnionego narzędzia informatycznego, wybierając prawidłowe (zgodne z prawdą) odpowiedzi na poszczególne pytania. Jak wskazuje dokumentacja konkursowa, Odwołujący w tej części oferty wskazał, iż podczas realizowania zawartej już z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie udzielał świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie (cz. VIII Ankiety, pytanie 2.2.2) oraz nie przedstawił danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (cz. VIII Ankiety, pytanie 2.2.10). Jak już wskazano w pierwszej części niniejszej decyzji, komisja konkursowa sprawdziła prawdziwość tych twierdzeń z danymi będącymi w posiadaniu Funduszu. W wyniku tej weryfikacji okazało się, że Odwołujący udzielił nieprawidłowych odpowiedzi, bowiem w 2015 roku Fundusz po przeprowadzeniu kontroli stwierdził nieprawidłowości w tym przedmiocie. W tym miejscu należy wskazać, iż Odwołujący mylnie interpretuje warunki postępowania konkursowego. Kontrola realizacji umowy odbywa się na podstawie innych przepisów niż postępowanie konkursowe i dotyczy już zawartej umowy. Z kolei postępowanie konkursowe skutkować będzie zawarciem (bądź nie) konkretnej umowy w wyznaczonej przyszłości. Zgodnie z kryteriami oceny ofert (powołane powyżej rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016r.) warunkami dodatkowo ocenianymi przez komisję konkursową są między innymi te zawarte w pytaniach ankietowych, dotyczące prawidłowości realizacji dotychczasowych umów. Oferenci prawidłowo realizujący umowę, u których w wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości, nie otrzymują punktów ujemnych, wpływających na ocenę w kryterium jakości. Komisja konkursowa jest

zobligowana do ich stosowania, a oferent musi mieć świadomość skutków ich spełniania, bądź nie. Komisja konkursowa stosując jednolite kryteria oceny ofert oraz zasadę równego traktowania zweryfikowała wszystkich oferentów w tym postępowaniu. Odpowiadając na wniosek Odwołującego dotyczący kontroli realizacji umowy przeprowadzonej u oferentów zakwalifikowanych w niniejszym postępowaniu do zawarcia umowy wskazać należy, co następuje. W przedmiotowym postępowaniu wybranych zostało 3 oferentów:

- a) „Osteo-Medic” Spółka Cywilna Artur Racewicz, Jerzy Supronik, ul. Wiejska 81, 15-351 Białystok,
- b) Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku, ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok,
- c) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ul. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok.

Z danych będących w posiadaniu Funduszy wynika, iż kontrola realizacji umowy została przeprowadzona u oferenta „Osteo-Medic” Spółka Cywilna Artur Racewicz, Jerzy Supronik. Po przeanalizowaniu dokumentów pokontrolnych, komisja konkursowa stwierdziła, iż nie zachodzą przesłanki do przyznania punktów ujemnych w kategorii „Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości”, gdyż odpowiedzi oferenta były zgodne ze stanem faktycznym. Pozostali dwaj oferenci (patrz pkt. b i c) nie byli związani z Funduszem umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju i zakresie odpowiadającym niniejszemu postępowaniu, co za tym idzie nie podlegali kontroli. W związku z powyższym wyjaśnieniem zastrzeżenia Odwołującego co do „podwójnego ukarania” nie zasługują na uwzględnienie.

Odnosząc się do zastrzeżeń Odwołującego dotyczących udzielanych przez niego wysokiego poziomu świadczeń, organ II instancji w pełni podziela argumentację wyrażoną w decyzji I instancji.

Zgodnie z powyższym, po ponownym szczegółowym przeanalizowaniu postępowania konkursowego o kodzie 10-17-000374/REH/05/1/05.1310.208.02/01, w tym również pod kątem zarzutów Odwołującego zawartych w odwołaniu z dnia 25 sierpnia 2017r. organ II instancji w całości podziela ustalenia poczynione w ramach postępowania w I instancji oraz podtrzymuje swoje stanowisko wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonej decyzji.

Podkreślić bowiem należy, iż zadaniem komisji konkursowej jest dokonanie wyboru oferentów opartego na rzetelnej analizie porównawczej ofert. Każda z ofert złożonych w postępowaniu musi spełniać wymogi bezwzględne, natomiast oferty konkurują ze sobą warunkami realizacji świadczeń dodatkowo ocenianymi oraz ceną. Wyłonienie świadczeniodawcy w postępowaniu konkursowym ma w szczególności na celu realizację zadania ustawowego jakim jest zapewnienie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze w sposób nieprzerwany, kompleksowy, z uwzględnieniem odpowiedniej jakości i dostępności, a nie zawarcie umowy ze wszystkimi oferentami. Prowadzone przez komisję konkursową postępowanie jest konkursem ofert, do którego mogą przystąpić wszyscy świadczeniodawcy po spełnieniu określonych przepisami prawa wymogów. Odwołujący, jako podmiot trudniący się w sposób profesjonalny udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej musi liczyć się z faktem, że do postępowania mogą przystąpić oferenci, którzy zaoferują lepsze warunki realizacji świadczeń niż on. W świetle szczegółowej analizy dokumentacji postępowania konkursowego należy ponownie stwierdzić, że wszystkie oferty w przedmiotowym postępowaniu zostały poddane jednolitej ocenie zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem kryteriów oceny ofert. Oferta Odwołującego, która uzyskała – 52,5 punktu nie została

wybrana, ponieważ na przedmiotowy konkurs złożono oferty, które ze względu na zadeklarowany potencjał, uzyskały wyższą ocenę punktową – odpowiednio od 57 do 74 punktów i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

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 67/2017/REH z dnia 1 września 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.

Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego).

Z up. DYREKTORA
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Adam Robert Wiński
Zastępca Dyrektora (s. Medycznych)

Otrzymują:

1. SAMODZIELNY SZPITAL MIEJSKI IM. PCK, ul. H. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok - Odwołujący.
2. „OSTEO-MEDIC” SPÓŁKA CYWILNA ARTUR RACEWICZ, JERZY SUPRONIK, ul. Wiejska 81, 15-351 Białystok.
3. UNIWERSYTECKI DZIECIĘCY SZPITAL KLINICZNY IM. L. ZAMENHOFA W BIAŁYMSTOKU, ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok.
4. UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY W BIAŁYMSTOKU, ul. Skłodowskiej-Curie 24 A, 15-276 Białystok,
5. a/a.