

Białystok, dnia 14 kwietnia 2017r.

WOP.422.5.2017

Decyzja Nr 5/2017/SPO
Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016r. poz. 1793 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez:

NZOZ ARKA Opieka Pielęgniarska Puchalska Zawadzka Spółka Jawna

ul. Fabryczna 9A lok. 14, 18-400 Łomża

zwanego dalej „Odwołującym”,

od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000050/SPO/14/1/14.2142.026.04/01,

w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,

w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej,

na obszarze powiatów: Łomża, łomżyński

Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oddala odwołanie.

Uzasadnienie

W dniu 8 lutego 2017r. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-17-000050/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze powiatów: Łomża, łomżyński, w okresie od 1 lipca 2017r. do 30 czerwca 2022r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 312 912,00 PLN, na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2017r. do 31 grudnia 2017r. oraz wskazano iż po przeprowadzeniu postępowania zostaną zawarte maksymalnie 2 umowy. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 22 lutego 2017r.

Na przedmiotowe postępowanie wpłynęło 7 ofert, w tym oferta Odwołującego nr 10-17-000050[14/1]-0005/00.

Otwarcie ofert nastąpiło dnia 28 lutego 2017r.

Komisja konkursowa prowadząca niniejsze postępowanie działała na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. poz. 1980 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem o pracach komisji”.

Po rozpoznaniu ofert w części jawnej komisja konkursowa uznała, że oferta Odwołującego spełnia warunki formalne i nie podlega odrzuceniu w tej części postępowania.

Dnia 20 marca 2017r., w związku ze stwierdzeniem przez komisję konkursową niezgodności wybranych odpowiedzi ankietowych z danymi zawartymi w części szczegółowej formularza ofertowego oraz danymi znajdującymi się w posiadaniu Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie warunków rankingujących, komisja konkursowa podjęła decyzję o dokonaniu zmian w systemie informatycznym w zakresie odpowiedzi ankietowych w ofercie, udzielonych przez Odwołującego.

Po dokonaniu oceny wszystkich ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych w przedmiotowym postępowaniu, komisja konkursowa podjęła decyzję o rozstrzygnięciu postępowania bez przeprowadzania negocjacji.

W dniu 24 marca 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego, zgodnie z którym oferta Odwołującego nie została wybrana do zawarcia umowy. Do zawarcia umowy został wybrany oferent, który zajął pierwszą pozycję w rankingu końcowym - Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED Zofia Stojak. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 306 393,00 PLN.

W dniu 29 marca 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.

W dniu 31 marca 2017r. do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wpłynęło odwołanie Odwołującego od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-17-000050/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

Odwołujący zanegował ocenę jego oferty w kryterium dostępności, wskazując, że dokonując oceny na podstawie informatycznych danych sprawozdawczych, dotyczących udziału świadczeniobiorców z oceną 0 pkt w skali Barthel i świadczeniobiorców z oceną 5-15 pkt w skali Barthel w ogólnej liczbie objętych opieką, komisja konkursowa bezzasadnie nie uwzględniła spełniania tych warunków przez Odwołującego. Dane sprawozdawcze nie obejmują bowiem przypadków wskazanych przez Odwołującego tj. pierwszej oceny wg skali Barthel, dołączonej do skierowania, tylko ponowną ocenę pielęgniarzki. Zdaniem Odwołującego do oceny spełniania powyższego kryterium, zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia należy wziąć pod uwagę również oceny sprzed kilku lat tych pacjentów, którzy są ciągle objęci opieką oraz ocenę pacjenta, który został odrzucony w sprawozdawczości ze względu na brak pełnego osobodnia.

Odwołujący wskazał również, że dokonując weryfikacji jego oferty w kryterium jakości - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości, komisja konkursowa bezpodstawnie odejęła 1 punkt za udzielanie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie, natomiast wystąpienie pokontrolne z dnia 01.03.2013r. potwierdza, że w tym zakresie Odwołujący został przez kontrolę oceniony pozytywnie.

Jednocześnie Odwołujący podniósł, że oferent, który został wybrany do zawarcia umowy nie spełnia kryterium ciągłości w zakresie ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji. Na potwierdzenie przedstawił pismo Szpitala Wojewódzkiego w Łomży, skierowane do komórek organizacyjnych szpitala,

informujące, że szpital odmownie odpowiada na propozycje innych podmiotów dotyczące podpisania porozumienia w zakresie ciągłości udzielania świadczeń, a w opinii Odwołującego jest to jedyny podmiot, który spełnia warunki do zawarcia porozumienia w myśl interpretacji Ministerstwa Zdrowia.

W odwołaniu został sformułowany również zarzut nierównego traktowania oferentów poprzez wybór jednego oferenta, co Odwołujący uzasadnił podaniem informacji, że w analogicznej sytuacji różnicy punktowej w innym postępowaniu zostało wybranych dwóch oferentów. Zwrócił uwagę, że wybór jednego oferenta spowoduje ograniczenie dostępności pacjentów do usług medycznych w przedmiotowym zakresie.

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. NZOZ ARKA Opieka Pielęgniarska Puchalska Zawadzka Spółka Jawna - Odwołujący,
2. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED Zofia Stojak.

Pismem z dnia 31 marca 2017r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016r. poz. 23 ze zm.), zwany dalej „kpa”, przysługuje im prawo do czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji przez Dyrektora Oddziału w przedmiotowej sprawie istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Odwołujący nie skorzystał z przysługujących mu z tego tytułu uprawnień.

Dnia 10 kwietnia 2017r. Zofia Stojak, prowadząca Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED wniosła o oddalenie odwołania, przedstawiając kopie umowy i porozumienia, zawartych z Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku oraz z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku na potwierdzenie spełniania przez oferenta wybranego do zawarcia umowy kryterium ciągłości.

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

Zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154. W myśl art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu odwołanie w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.

Wskazać należy, że Dyrektor Oddziału rozpoznający odwołanie nie prowadzi ponownie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz rozpoznaje sprawę w odniesieniu do konkretnego podmiotu i konkretnych czynności. Nie powiela zatem czynności zarezerwowanych przez ustawę dla komisji

powołanej przez dyrektora OW Funduszu. Dyrektor bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Oferenci przystępujący do konkursu ofert, winni byli spełnić wymagania wynikających 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 21 lutego 2017r. zgodnie z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania, w którym w punkcie 1 stwierdził: „zapoznałem się z przepisami zarządzenia oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania, oświadczając jednocześnie w pkt 13, że „dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”. Tym samym Odwołujący zobowiązał się do podania danych odpowiadających stanowi rzeczywistości w momencie składania oferty.

W przedmiotowym postępowaniu skutecznie zostało złożonych 6 ofert (jedna oferta została wycofana przed terminem składania ofert). 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 ust. 2 rozporządzenia o pracach komisji, u 4 oferentów przeprowadzone zostały czynności weryfikacyjne 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 6 ofert, w tym ofertę Odwołującego.

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

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

Ponadto, zgodnie z art. 148 ust. 2 ustawy o świadczeniach, przy porównaniu ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej uwzględnia się także, czy świadczeniodawca posiada:

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

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

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

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

gdzie:

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

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

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

C_{of} - cena zaproponowana przez oferenta,

C_{NFZ} - cena oczekiwana,

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

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

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

W oparciu o kryteria obowiązujące w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet komisja dokonała oceny

ofert, będącej podstawą do sporządzenia rankingu otwarcia. Ranking powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny uwzględniającej wszystkie kryteria różnicujące oferty. Nie jest zatem możliwa sytuacja różnego punktowania przez komisję konkursową jednakowych odpowiedzi udzielonych przez oferentów. Takim samym zasadom postępowania oraz jednolitym kryteriom oceny podlegały wszystkie oferty złożone i zakwalifikowane do części niejawniej 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	10-17-000050(14/1)-0007/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED ZOFIA STOJAK	NZOS OMNI-MED ZOFIA STOJAK 18-400 ŁOMŻA ul. KAZAŃSKA 2/6	3,0208	62	0	9	19	0	90	93,0208
2	10-17-000050(14/1)-0002/00	NZOS ARKA OPIEKA PIELĘGNIARSKA PUCHAŁSKA ZAWADZKA SPÓŁKA JAWNA	NZOS OPIEKA PIELĘGNIARSKA PUCHAŁSKA ZAWADZKA SPÓŁKA JAWNA 18-400 ŁOMŻA ul. FABRYCZNA 9A/14	5	62	0	9	10	0	81	86
3	10-17-000050(14/1)-0005/00	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA - KUŚNIERZ	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 18-400 ŁOMŻA ul. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 82	5	62	0	0	4	2	68	73
4	10-17-000050(14/1)-0004/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA ŁOMŻA 18-400 ŁOMŻA ul. SYBIRAKÓW 5/2	2,5	62	0	0	4	2	58	60,5
5	10-17-000050(14/1)-0001/00	CENTRUM MEDYCZNE CEMED KJEWSCY SPÓŁKA JAWNA	PIELĘGNIARSKA DOMOWA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 18-400 ŁOMŻA ul. NOWOGRODZKA 124	3,0208	50	0	0	0	0	50	53,0208
6	10-17-000050(14/1)-0006/00	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 18-404 ŁOMŻA ul. PIŁSUDSKIEGO 11	2,5	40	0	0	4	0	44	46,5

Z rankingu otwarcia wynika, że oferta złożona przez Odwołującego uzyskała ogółem 86 pkt, w tym za jakość – 62 pkt, za dostępność – 9 pkt, za ciągłość – 10 pkt, inne – 0 pkt oraz za cenę – 5 pkt. Kryterium kompleksowości nie jest oceniane w przedmiotowym zakresie, co system informatyczny określa jako 0 pkt.

W związku z rozbieżnościami występującymi w ofercie Odwołującego pomiędzy odpowiedziami na pytania ankietowe zawarte w części VIII formularza ofertowego, a informacjami oraz danymi posiadanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, komisja konkursowa w dniu 20 marca 2017r. podjęła decyzję o dokonaniu zmian w systemie informatycznym odpowiedzi udzielonych przez Odwołującego na pytania ankietowe, w następujący sposób:

1. Kryterium jakości – Wyniki kontroli i inne nieprawidłowości – udzielona przez Odwołującego odpowiedź „Nie” na pytanie 1.2.1. „*Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli*” została zmieniona przez komisję konkursową na odpowiedź „Tak”,
oraz
2. Kryterium dostępności – udzielona przez Odwołującego odpowiedź „Tak” na pytanie 2.1.4. *Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 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 – co najmniej 20%.* 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 jakości z 62 pkt na 61 pkt oraz 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 82 pkt, w tym za jakość – 61 pkt, dostępność – 6 pkt, ciągłość – 10 pkt, inne – 0 pkt, cenę – 5 pkt.

Po zweryfikowaniu ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, komisja konkursowa podjęła decyzję o nieprzeprowadzaniu negocjacji z żadnym z oferentów.

W dniu 24 marca 2017r. komisja konkursowa sporządziła ranking końcowy w stosunku do wszystkich ofert, które nie zostały odrzucone. W rankingu końcowym oferty uszeregowane zostały malejąco w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny. 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	10-17-000050(14/1)-0007/00	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMNI-MED ZOFIA STOJAK	NZO OMNI-MED ZOFIA STOJAK 18-400 ŁOMŻA ul. KAZAŃSKA 2/6	3,0208	62	0	9	19	0	90	93,02
2	10-17-000050(14/1)-0002/00	NZO ARKA OPIEKA PIELĘGNIARSKA PUCHAŁSKA ZAWADZKA SPÓŁKA JAWNA	NZO OPIEKA PIELĘGNIARSKA PUCHAŁSKA ZAWADZKA SPÓŁKA JAWNA 18-400 ŁOMŻA ul. FABRYCZNA 9A/14	5	61	0	6	10	0	77	82

3	10-17-000050[14/1]-0005/00	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPALA HALINA COMPALA - KUŚNIERZ	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 18-400 ŁOMŻA ul. MARSZ. JÓZEFA PIŁSUDSKIEGO 82	5	62	0	0	4	2	68	73
4	10-17-000050[14/1]-0004/00	BETAMED SPÓŁKA AKCYJNA	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA ŁOMŻA 18-400 ŁOMŻA ul. SYBIRAKÓW 5/2	2,5	52	0	0	4	2	58	60,5
5	10-17-000050[14/1]-0001/00	CENTRUM MEDYCZNE CEMED KJEWSCY SPÓŁKA JAWNA	PIELEGNIARSKA DOMOWA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 18-400 ŁOMŻA ul. NOWOGRODZKA 124	3,0208	50	0	0	0	0	50	53,02
6	10-17-000050[14/1]-0006/00	SZPITAL WOJEWÓDZKI IM. KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W ŁOMŻY	PIELEGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 18-404 ŁOMŻA Al. PIŁSUDSKIEGO 11	2,5	30	0	0	4	0	34	36,5

Komisja konkursowa podejmując decyzję o nieprzeprowadzaniu negocjacji z żadnym z oferentów, dokonuje wyboru ofert poprzez tzw. proste przyjęcie, w oparciu o art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym w części niejawnej konkursu ofert komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust.1.

Mając na uwadze powyższe, w celu zawarcia umowy komisja konkursowa dokonała wyboru oferty, która zajęła pierwsze miejsce w rankingu końcowym, uzyskując łącznie 93,02 pkt. Oferta ta w istotnym stopniu wyczerpała środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem postępowania. Oferta ta wprawdzie nie wyczerpała w całości wartości zamówienia wskazanego w ogłoszeniu, niemniej jednak należy zwrócić uwagę, iż środki finansowe pozostałe zamawiającemu w kwocie 6 519,00 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 82 pkt zajęła drugie 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 ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy.

W dniu 24 marca 2017r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania o kodzie 10-17-000050/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w wyniku którego świadczenia na obszarze objętym zamówieniem zostały zabezpieczone. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła 306 393,00 PLN. Do zawarcia umowy wskazano: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED Zofia Stojak.

Również w tym samym dniu na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń Podlaskiego OW NFZ zostało zamieszczone ogłoszenie o rozstrzygnięciu przedmiotowego postępowania, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy o świadczeniach, gwarantująca jawność informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustosunkowując się do odwołania złożonego przez Odwołującego należy jeszcze raz podkreślić, iż zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach - świadczeniodawcom,

których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art.153 i 154. Zgodnie z ustawą o świadczeniach, zasadami przeprowadzania postępowania są w szczególności: równe traktowanie świadczeniodawców, niezmiennosc warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania, przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur oraz zachowanie uczciwej konkurencji.

W świetle szczegółowej analizy dokumentacji postępowania konkursowego należy stwierdzić, że wszystkie oferty zostały poddane jednolitej ocenie zarówno poprzez sprawdzenie warunków niezbędnych do realizacji świadczeń, jak i ocenione pod kątem wszystkich kryteriów oceny ofert obowiązujących w postępowaniu. Należy mieć na względzie, że konkurs w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym. Oznacza to, że oferty niepodlegające odrzuceniu uszeregowane są w rankingu od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów. 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. Oferta Odwołującego nie została wybrana, bowiem na przedmiotowy konkurs złożono ofertę, która uzyskała wyższą ocenę punktową i jako najkorzystniejsza została wybrana w celu zawarcia umowy. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania zapewniono świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń będących przedmiotem postępowania zgodnie z warunkami zamówienia w ramach zaplanowanych na ten cel środków.

W odniesieniu do zarzutów Odwołującego dotyczących oceny oferty w kryterium dostępności, podnieść należy, że warunek dotyczący udziału świadczeniobiorców z oceną 0 pkt i świadczeniobiorców z oceną 5-15 pkt w ogólnej liczbie objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, zgodnie z zapytaniem ankietowym i kryteriami oceny ofert obowiązującymi w przedmiotowym zakresie, powinien być spełniony w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie. Podkreśla się tym samym jednoznacznie nadrzędne znaczenie warunku czasowego, co oznacza, że przedmiotowe oceny świadczeniobiorców według skali Barthel, które powinny być ujęte w wyniku to te, których data przeprowadzenia nie wykracza czasowo poza okres wzięty do kalkulacji tj. w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie (w przedmiotowym postępowaniu 01.12.2015r. – 30.11.2016r.). W przypadku, gdy data oceny z załączonej do skierowania karty oceny wykraczała poza ramy ustalonego warunku czasowego, analizie zgodnie z ustalonymi zasadami poddawane były wszystkie pozostałe oceny świadczeniobiorcy w skali Barthel w badanym okresie. Takim jednolitym zasadom analizy podlegały dane sprawozdawcze wszystkich oferentów biorących udział w przedmiotowym postępowaniu konkursowym, dotyczące pacjentów objętych pielęgniarstwą opieką długoterminową domową, którzy na załączonej do skierowania karcie oceny lub w trakcie opieki uzyskali przynajmniej raz ocenę odpowiednio 0 punktów w skali Barthel lub 5-15 punktów w skali Barthel. Na podstawie tych danych komisja konkursowa dokonywała oceny oferty w zakresie spełniania ww. warunku, co wypełnia dyspozycję § 17 ust. 2a pkt 1 rozporządzenia o pracach komisji, 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. Biorąc pod uwagę zarzut Odwołującego, który wskazał, że dane sprawozdawcze nie obejmują wszystkich przypadków mających wpływ na spełnianie ww. warunku należy zauważyć, że jeśli Odwołujący dysponował danymi ze skierowania niewykazanymi w sprawozdawczości, to mógłby za to uzyskać tylko 3 pkt. Nie miałyby to wpływu na jego pozycję w rankingu końcowym, w którym Odwołujący uzyskał ogółem 82 pkt, a oferent wybrany do zawarcia umowy – 93,02 pkt.

Podniesiony przez Odwołującego zarzut, wskazujący na niezasadne odjęcie przez komisję konkursową 1 pkt za udzielanie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie w kryterium jakości - wyniki kontroli i inne nieprawidłowości znajduje uzasadnienie w stanie faktycznym i zgromadzonej dokumentacji. Zgodnie z wyjaśnieniem osoby pełniącej funkcję przewodniczącego komisji konkursowej, wynikało to z omyłki, polegającej na dokonaniu zmiany odpowiedzi ankietowej w pytaniu 1.2.1, tj. *„Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie – tylko na podstawie kontroli”* zamiast dokonania w pełni uprawnionej zmiany odpowiedzi ankietowej w pytaniu 1.2.2 *„Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie – tylko na podstawie kontroli”*. Pomimo, że w przywoływanym przez Odwołującego wystąpieniu pokontrolnym z dnia 1.03.2013r. nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie dotyczącym kwalifikacji personelu, to wyraźnie stwierdzono, iż „wszystkie kontrolowane karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do objęcia pielęgniarstwą opieką długoterminową domową w roku 2011, jak i w 2012 zostały sporządzone niezgodnie z powyższymi – określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wymogami”, co jest nieprawidłowością dotyczącą wyników kontroli, która powinna być ujęta w ofercie, skutkującą punktami ujemnymi w zakresie warunków dodatkowo ocenianych. Pomimo posiadania wiedzy o tych nieprawidłowościach wskazanych podczas kontroli, w części ankietowej oferty Odwołujący odpowiedział „Nie” na wszystkie pytania związane z wynikami kontroli, unikając tym samym przyznania 2 punktów ujemnych. Omyłka komisji konkursowej skutkująca tym, że Odwołujący otrzymał w kryterium jakości za wyniki kontroli tylko 1 pkt ujemny zamiast 2 pkt ujemnych, które powinien otrzymać, w żaden sposób nie spowodowała powstania trwałego uszczerbku w interesie prawnym Odwołującego i zarzut w tej kwestii należy uznać za bezzasadny.

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 pod tym kątem przedmiotowe postępowanie konkursowe należy stwierdzić, że powyższe zasady były przestrzegane i nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego w kwestii niespełniania przez oferenta wybranego do zawarcia umowy kryterium ciągłości w zakresie warunku dodatkowo ocenianego, dotyczącego „Ustalonych zasad współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji”, należy zauważyć, że zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia, do spełnienia tego kryterium niezbędne było zawarcie co najmniej jednej umowy o współpracę ze świadczeniodawcą, który realizuje umowę z NFZ w rodzaju leczenie szpitalne oraz udziela ich na terenie obszaru, którego dotyczy postępowanie. Do takich podmiotów, realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne należy zaliczyć szpitale powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne lub instytucje kliniczne, które podpisując umowę o współpracy, zapewniają kontynuację opieki dla odbiorców korzystających z różnych poziomów leczenia stacjonarnego w ramach pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Komisja konkursowa przyjęła ogólną zasadę stosowaną do wszystkich oferentów, iż nie weryfikowała dodatkowo ofert, w których w części ankietowej w kryterium ciągłości oferenci zadeklarowali spełnianie tego warunku. Należy uznać takie postępowanie za właściwe, biorąc pod uwagę, że każdy z oferentów ponosi pełną odpowiedzialność za prawdziwość danych przedstawionych w ofercie, potwierdzając to w punkcie 13 oświadczenia zgodnego z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania. Zarówno dane przedstawione przez Odwołującego, jak i przez innych oferentów były traktowane przez komisję konkursową jako dane wiarygodne – przy braku wątpliwości wskazujących na ich nieprawdziwość.

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.

Na błędną argumentację Odwołującego, który podniósł, iż tylko Szpital Wojewódzki mógłby zawrzeć porozumienie wymagane do spełnienia ww. warunku w kryterium ciągłości, wskazują kopie dwóch umów przedstawionych przez NZOZ OMNI-MED Zofia Stojak przy piśmie z dnia 10 kwietnia 2017r., wnoszącym o oddalenie odwołania. Umowa o współpracy z dnia 9 lutego 2017r. zawarta przez tego oferenta z Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku oraz porozumienie o współpracy z dnia 20 lutego 2017r. zawarte z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, bezsprzecznie potwierdzają, iż oferta NZOZ OMNI-MED Zofia Stojak w przedmiotowym kryterium została oceniona prawidłowo. W związku z powyższym zarzuty Odwołującego dotyczące niewłaściwej oceny NZOZ OMNI-MED Zofia Stojak w kryterium ciągłości nie zasługują na uznanie.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego wskazującego na nierówne traktowanie oferentów poprzez wybranie tylko jednego oferenta w aspekcie faktu, że w innym postępowaniu w analogicznej sytuacji różnicy punktowej zostało wybranych dwóch oferentów należy przypomnieć, że rozpatrując odwołanie organ nie dokonuje analizy, ani tym bardziej porównania dokumentacji w zakresie ustalenia przebiegu różnych postępowań konkursowych. Poprzez takie sformułowanie zarzutu Odwołujący wyszedł poza granice przewidzianego prawem środka odwoławczego, który zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach przysługuje względem rozstrzygnięcia konkretnego postępowania.

Za bezzasadny należy uznać także zarzut ograniczenia dostępności pacjentów do świadczeń w przedmiotowym zakresie. 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. Należy tutaj wskazać, iż miernikiem tejże dostępności nie jest liczba podmiotów wybranych do zawarcia umowy, a zakontraktowana liczba punktów lub innych jednostek rozliczeniowych. Wybrany oferent, który bezsprzecznie zajął 1 miejsce w rankingu końcowym, przedstawił potencjał wykonawczy, który w ocenie komisji konkursowej zabezpiecza wykonanie świadczeń zgodnie z przedmiotem zamówienia.

Po przeprowadzeniu analizy akt sprawy Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ stwierdził, iż postępowanie konkursowe było prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, warunkach postępowania i warunkach zawierania umów. Oferta Odwołującego została przyjęta do postępowania konkursowego, a jej ocena została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców zasad określonych w przepisach prawa. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania, zaś Odwołujący w oświadczeniu dołączonym do oferty oświadczył, iż zapoznał się z warunkami postępowania oraz warunkami zawierania umów i nie zgłasza do nich zastrzeżeń oraz że przyjmuje je do wykonania.

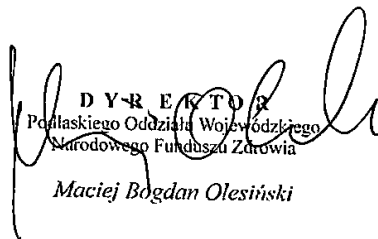
Reasumując, należy podkreślić, iż Odwołujący nie wykazał, aby Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadzając postępowanie konkursowe naruszył jego zasady

wynikające z ustawy o świadczeniach, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub dokumentów wydanych przez Prezesa Funduszu. W szczególności nie wykazano naruszenia podstawowych zasad takich jak równe traktowanie świadczeniodawców, niezmienność warunków, które podlegają ocenie w toku postępowania oraz przestrzeganie określonych w ogłoszeniu procedur. W związku z tym nie został naruszony interes prawny Odwołującego.

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

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

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


D Y R E K T O R
Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Maciej Bogdan Olesiński

Otrzymują:

- 1) NZOZ ARKA Opieka Pielęgniarska Puchalska Zawadzka Spółka Jawna, ul. Fabryczna 9A lok. 14, 18-400 Łomża,
- 2) Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OMNI-MED Zofia Stojak, ul. Mieszka I 8C/30, 15-054 Białystok – reprezentowana przez radcę prawnego Iwonę Grigoruk – Kancelaria Radcy Prawnego Iwona Grigoruk, ul. Ogrodowa 31 lok. 2, 15-099 Białystok,
- 3) a/a.