

Białystok, 6 czerwca 2023 r.

NFZ10-WOP.4117.4.2023

**Decyzja Nr 7/10/2023/SPO
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**

Działając na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.), po rozpatrzeniu odwołania złożonego przez **Pielęgniarską Opiekę Domową s.c. Jadwiga Elżbieta Kochańska, Marianna Czarkowska, Anna Mendrycka** ul. Ks. Ściegiennego 2B, 17-300 Siemiatycze, reprezentowaną przez adwokata Annę Jaczun – Kancelaria Adwokacka Anna Jaczun, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3 lok. 38, 15-094 Białystok, zwaną dalej „Odwołującym”,
od rozstrzygnięcia postępowania o kodzie 10-23-000220/SPO/14/1/14.2142.026.04/01,
w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze,
w zakresie: świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej,
na obszarze powiatu: 2003 bielski

oddalam odwołanie.**Uzasadnienie**

W dniu 16 marca 2023 r. Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie art. 139 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ogłosił postępowanie o kodzie 10-23-000220/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, prowadzone w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umowy o udzielanie na obszarze powiatu bielskiego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w zakresie: świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

W ogłoszeniu przedmiotowego postępowania podano wartość zamówienia nie większą niż 229 361,33 PLN na okres rozliczeniowy od 1 lipca 2023 r. do 31 grudnia 2023 r. oraz okres obowiązywania umowy od 1 lipca 2023 r. do 30 grudnia 2028 r. Wskazano, iż po przeprowadzeniu postępowania zostaną zawarte maksymalnie 3 umowy. Zgodnie z informacją zawartą w ogłoszeniu,

maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oznacza maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania. Oferty w niniejszym postępowaniu należało złożyć do dnia 30 marca 2023 r. Jako dzień rozstrzygnięcia postępowania wskazano 17 maja 2023 r.

Czynności podejmowane w przedmiotowym postępowaniu konkursowym oraz postępowaniu odwoławczym wykonywane są przez Dyrektora Podlaskiego OW NFZ, zwanego dalej „Dyrektorem Oddziału” lub „organem”, w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie udzielonych w tym zakresie pełnomocnictw. Komisja konkursowa, powołana przez Dyrektora Oddziału, prowadząca niniejsze postępowanie działała na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 roku 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. 1858), 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 z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2022 r. poz. 965), zwanym dalej „rozporządzeniem o świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych”, a także wymagania określone przez Prezesa NFZ w:

1. Zarządzeniu Nr 55/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmienionym zarządzeniem Nr 156/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2022 r., zwanym dalej „warunkami zawierania i realizacji umów”.

2. Zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. 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 2017 r. oraz zarządzeniem 15/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r., 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 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm.), zwane dalej „rozporządzeniem kryterialnym”.

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.

Każdy z oferentów potwierdził znajomość aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, składając w ofercie oświadczenia, zgodne z załącznikiem nr 3 do warunków postępowania. W oświadczeniach oferenci stwierdzili m.in.: w pkt 1 „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 12, że „spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej” i w pkt 13, że „dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”.

Zgodnie z § 9 warunków postępowania oferent obowiązany jest spełniać wymagania określone w ogłoszeniu o postępowaniu, warunkach postępowania oraz warunkach zawierania umów.

Na przedmiotowe postępowanie zostały złożone 3 oferty, w tym oferta Odwołującego nr 10-23-000220[14/1]-0001/00. Otwarcie ofert nastąpiło dnia 3 kwietnia 2023 r.

W części jawnej postępowania komisja konkursowa dokonała sprawdzenia ofert w zakresie spełniania warunków formalnych. Po uzupełnieniu braków formalnych przez jednego z oferentów zgodnie z wezwaniem komisji konkursowej wszystkie oferty spełniły warunki formalne.

W dalszej części postępowania komisja konkursowa dokonała analizy przedstawionych ofert w aspekcie spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych, które zadeklarowali w złożonych ofertach. Na tym etapie oferenci byli wzywani do złożenia wyjaśnień dotyczących treści przedstawionych ofert. W wyniku tej analizy w dniu 21 kwietnia 2023 r. oferta NZOZ „Pigułka” Cilulko, Szpakowska Sp. j. została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach z powodu niespełniania warunków wymaganych określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 tej ustawy. W związku z tym oferta ta nie brała udziału w dalszej części postępowania, do której zakwalifikowało się pozostałych dwóch oferentów.

W celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofertach ze stanem faktycznym w dniu 25 kwietnia 2023 r. u obu oferentów zostały przeprowadzone weryfikacje ofert we wskazanych miejscach udzielania świadczeń.

Po analizie danych zawartych w dokumentacji ofertowej, z uwzględnieniem złożonych wyjaśnień i przeprowadzonych weryfikacji, komisja konkursowa podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji z oboma oferentami w części niejawnej postępowania. W wyniku negocjacji w dniu 10 maja 2023 r. z każdym z oferentów ustalono ostateczne stanowiska co do ceny i liczby świadczeń, w wyniku czego zostały sporządzone i podpisane protokoły końcowe ze zbieżnymi stanowiskami. W dniu 17 maja 2023 r. nastąpiło rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania konkursowego, zgodnie z którym do zawarcia umowy zostały wybrane obie oferty – oferta Odwołującego oraz oferta R MED Centrum Medyczne spółka z o.o.

W dniu 24 maja 2023 r. wpłynęło odwołanie Odwołującego, w którym wskazał na wystąpienie uszczerbku w jego interesie prawnym wskutek naruszenia następujących norm prawnych:

1. art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach poprzez wprowadzenie świadczeniodawcy w toku negocjacji w błąd, co do ilości podmiotów, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia planuje zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, miejsca rankingowego świadczeniodawcy, co miało wpływ na cenę oferowaną przez świadczeniodawcy w toku negocjacji;
2. art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 1) ustawy o świadczeniach w zw. z załącznikiem 6 (tabela 2 pkt 1 Ilp. pkt 1) rozporządzenia kryterialnego poprzez wybór oprócz Odwołującego oferenta, który oferuje niższą jakość świadczeń i przyznanie mu środków w większej wysokości niż Odwołującemu;
3. art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 3) ustawy o świadczeniach w zw. z załącznikiem 6 (tabela 1 pkt 7 II p. 1 pkt 1.1-1.3) rozporządzenia kryterialnego poprzez wybór oferenta, który nie spełnia ustawowego kryterium dostępności;
4. art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust. 1 pkt 4) ustawy o świadczeniach w zw. z załącznikiem 6 (tabela 1 pkt 7 IIIp. pkt 1.1.) rozporządzenia kryterialnego poprzez wybór oferenta, który nie spełnia ustawowego kryterium ciągłości;
5. art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ust. 2 ustawy o świadczeniach w zw. z w zw. z załącznikiem 6 (tabela 2 pkt 1 Vp. Pkt 1 rozporządzenia kryterialnego poprzez wybór oprócz Odwołującego oferenta, który nie wykazuje się dodatkowymi warunkami zapewniającymi udzielanie świadczeń na najwyższym dostępnym poziomie i przyznanie mu środków w większej wysokości niż Odwołującemu.

Uzasadniając powyższe Odwołujący przedstawił następującą argumentację:

- w toku negocjacji wskazywano, że biorąc w nich udział 3 podmioty, przekazanie błędnych bądź niepełnych informacji ograniczyło możliwości właściwej oceny pozycji negocjacyjnej;
- R MED Centrum Medyczne Sp. z o.o. została wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sadowego niecałe 3 miesiące przed ogłoszeniem postępowania, rozpoczęła działalność leczniczą jednostki organizacyjnej w Bielsku Podlaskim 6 lutego 2023 r., a wpis w miejscu udzielania świadczeń przedstawionym w ofercie nastąpił 2 dni przed terminem składania ofert. Z uwagi na powyższe nieprawidłowo została oceniona w kryteriach dostępności i ciągłości, w których analizuje się 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie tj. w tym przypadku okres: styczeń – grudzień 2022, w którym to okresie spółka nie istniała i nie prowadziła działalności leczniczej.
- świadczenia oferowane przez ww. spółkę są niższej jakości wskutek braku Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością oraz braku przekazywania Agencji w terminie danych, o których mowa w art. 31 lc ust. 2 ustawy o świadczeniach.

Odwołanie zostało wniesione w terminie.

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

1. Pielęgniarska Opieka Domowa s.c. Jadwiga Elżbieta Kochańska, Marianna Czarkowska, Anna Mendrycka ul. Ks. Ściegiennego 2B, 17-300 Siemiatycze – Odwołujący,
2. R MED Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Stołeczna 7 lok. 5/2, 15-879 Białystok, zwana dalej „R MED”.

Pismem z dnia 25 maja 2023 r. strony niniejszego postępowania zostały zawiadomione, że zgodnie z art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.), zwanym dalej „kpa”, przysługuje im prawo do czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji w przedmiotowej sprawie istnieje możliwość wypowiedzenia się co do zebranych w Oddziale dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Obie strony postępowania skorzystały z powyższych uprawnień: R MED w dniu 29 maja 2023 r., a Odwołujący w dniu 30 maja 2023 r.

Dnia 1 czerwca 2023 r. wpłynęło pismo Odwołującego, w którym po zapoznaniu się z aktami postępowania zwrócił uwagę na to, że:

- z dokumentacji wynika udział w negocjacjach dwóch podmiotów, co oznacza wprowadzenie Odwołującego w błąd przez komisję konkursową i potwierdza zarzuty o przeprowadzeniu postępowania w sposób niegwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji;
- podczas negocjacji wskazano również, że ilość finalnie otrzymanych świadczeń (oraz uzyskanych środków) będzie zależała od ostatecznej różnicy punktowej, R MED przyznano niecałe 70% środków, zaś Odwołującemu nieco ponad 30%, przy minimalnej różnicy w rankingu punktowym wynoszącej 0,5 pkt, jego zdaniem wartość finalnie przyznanych świadczeń powinna odzwierciedlać ilość punktów uzyskanych w rankingu;
- nieprawidłowe było przyznanie punktacji w zakresie jakości w równej wysokości R MED i Odwołującemu, gdyż w celu potwierdzenia doświadczenia pielęgniarek R MED przedstawił oświadczenia personelu, natomiast nie przedstawił certyfikatów i zaświadczeń, jak to uczynił Odwołujący, a z załączników nr IV do ofert obu oferentów wynika, że personel Odwołującego jest bardziej doświadczony i kompetentny, co powinno doprowadzić do zróżnicowania punktowego obu podmiotów.

Po rozpatrzeniu odwołania, organ 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 tej ustawy. W myśl art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do Prezesa Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania.

Wskazać należy, że działający z upoważnienia Prezesa Funduszu organ 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 konkursowej, natomiast bada czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez komisję zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

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 przekazał Agencji w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2.

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 kryterialnego. 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 6 do rozporządzenia kryterialnego.

Odzwierciedleniem obowiązujących kryteriów niecenowych są zapytania ankietowe, zawarte w cz. VIII formularza ofertowego, które są podstawą do oceny i przyznania oferentom odpowiedniej punktacji za spełnianie poszczególnych warunków kryterialnych.

Z kolei szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny określone zostały w załączniku nr 17 rozporządzenia kryterialnego. Zgodnie z przedmiotowym załącznikiem, liczbę punktów oceny uzyskaną w kryterium ceny ustala się w następujący sposób:

Cena:

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

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 $C_{of} \geq C_{min}$.

Zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia kryterialnego za cenę obliczoną zgodnie z powyższym wzorem dla rozpatrywanego zakresu świadczeń można było otrzymać maksymalnie 5 punktów. Cena oczekiwana jednostki rozliczeniowej podana do wiadomości oferentów wraz z ogłoszeniem postępowania konkursowego wynosiła 50,71 zł.

Zgodnie z treścią zapytań ofertowych obowiązujących w przedmiotowym postępowaniu, ocena ofert obejmowała kryterium jakości (J), dostępności (D), ciągłości (C), inne (I) oraz ceny. Kryterium kompleksowości w rozpatrywanym zakresie świadczeń nie jest oceniane, dlatego ocena rankingowa wszystkich ofert w tej pozycji wynosi „0”. Zgodnie z § 9 rozporządzenia kryterialnego w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów kryterium różnicującym oferty stanowi ocena uzyskana w kolejności według następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

W oparciu o powyższe kryteria 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 obie oferty. 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.

Poniższa tabela przedstawia ocenę ofert stron niniejszego postępowania zawartą w rankingu otwarcia z propozycjami Funduszu z dnia 2 maja 2023 r.:

Pozycja oferty w rankingu	Dane z oferty			Propozycja Funduszu							
	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	10-23-000220[14/1]-0003/00	R MED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA DOMOWA 17-100 BIELSK PODLASKI ul. ADAMA MICKIEWICZA 104	5	59	0	0	0	0	59	64
2	10-23-000220[14/1]-0001/00	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELŻBIETA KOCHAŃSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA	NZOZ PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. FILIA W BIELSKU PODLASKIM 17-100 BIELSK PODLASKI ul. ADAMA MICKIEWICZA 104	2,5	59	0	0	0	2	61	63,5

Komisja konkursowa dokonała analizy przedstawionych ofert pod względem spełniania warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych, które zadeklarowali w złożonych ofertach, z uwzględnieniem złożonych dokumentów i oświadczeń, udzielonych wyjaśnień oraz wyników weryfikacji przeprowadzonych w miejscach udzielania świadczeń.

Ostateczna ocena ofert, na podstawie zapytań ankietowych odpowiadających poszczególnym niecenowym warunkom z rozporządzenia kryterialnego przedstawiała się następująco:

Pytania ankietowe	Pielęgniarska Opieka Domowa s.c. Jadwiga Elżbieta Kochańska, Marianna Czarkowska, Anna Mendrycka - Odwołujący		R MED Centrum Medyczne spółka z o.o.	
	odpowiedź oferenta	uzyskana punktacja	odpowiedź oferenta	uzyskana punktacja
JAKOŚĆ				
PERSONEL				
SPO_7 Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie: 1)opieki długoterminowej lub 2)pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3)pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4)pielęgniarstwa internistycznego, lub 5)pielęgniarstwa rodzinnego, lub 6)pielęgniarstwa środowiskowego, lub 7)pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 8)pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 9)pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 10)pielęgniarstwa opieki paliatywnej - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	TAK	18	TAK	18

SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	TAK	9	TAK	9
SPO_7 Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	TAK	9	TAK	9
SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu:	- CO NAJMNIJ 50% PIELĘGNIAREK.	20	- CO NAJMNIJ 50% PIELĘGNIAREK.	20
WYNIKI KONTROLI I INNE NIEPRAWIDŁOWOŚCI				
SPO_W Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w przypadkach, o których mowa w art. 35 ustawy o świadczeniach.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko na podstawie kontroli.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych lub nieprawidłowe kwalifikowanie udzielonych świadczeń - tylko na podstawie kontroli.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	NIE	0	NIE	0
SPO_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	NIE	0	NIE	0
POZOSTAŁE WARUNKI				
SPO_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością.	TAK	3	TAK	3
DOSTĘPNOŚĆ				
DOSTĘPNOŚĆ				
SPO_7 Udzielanie świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.	NIE	0	NIE	0
SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.	NIE	0	NIE	0

SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarstwa długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.	NIE	0	NIE	0
CIĄGŁOŚĆ				
CIĄGŁOŚĆ				
SPO_7 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.	NIE	0	NIE	0
SPO_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie.	NIE	0	NIE	0
SPO_W W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie	ŻADNE Z POWYŻSZYCH	0	ŻADNE Z POWYŻSZYCH	0
_WARUNKI WYMAGANE				
WARUNKI WYMAGANE				
W OKRESIE ZWIĄZANIA OFERTĄ ORAZ PRZEZ CAŁY OKRES REALIZACJI UMOWY OFERENT SPEŁNIA I BĘDZIE SPEŁNIAŁ WYMAGANIA OKREŚLONE W ROZPORZĄDZENIU MINISTRA ZDROWIA W SPRAWIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W ZAKRESIE BĘDĄCYM PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA ORAZ W ZARZĄDZENIU PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZA ZDROWIA W SPRAWIE OKREŚLENIA WARUNKÓW ZAWIERANIA I REALIZACJI UMÓW BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM NINIEJSZEGO POSTĘPOWANIA.	TAK	0	TAK	0
INNE				
INNE				
SPO_W Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31c ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.	TAK	2	NIE	0

Po zweryfikowaniu ofert pod kątem spełniania warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, w oparciu o art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 tej ustawy komisja konkursowa w dniu 10 maja 2023 r. przeprowadziła z oboma oferentami negocjacje, podczas których ustalono ostateczne stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń. W wyniku negocjacji przeprowadzonych z Odwołującym uzgodniono liczbę świadczeń na 1382 oraz ich cenę jednostkową - 50,71 zł, tj. uzgodniono zamówienie o wartości 70 081,22 zł. 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.

W czasie negocjacji obaj oferenci podtrzymali ofertę cenową przedstawioną w złożonych ofertach. W związku z tym punktacja ofert w kryterium cenowym po negocjacjach nie uległa zmianie.

Kończącą ocenę ofert po negocjacjach, uwzględniającą wszystkie kryteria obowiązujące w rozpatrywanym postępowaniu zgodnie z rozporządzeniem kryterialnym przedstawia ranking końcowy z dnia 17 maja 2023 r.:

Pozycja oferty w rankingu	Dane z oferty końcowej (po negocjacjach)			Ocena oferty								
	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów						Łączna liczba punktów oceny	Decyzja o wybraniu ofert tak/nie
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne	razem		
1	10-23-000220[14/1]-0003/00	R MED CENTRUM MEDYCZNE SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	15-879 BIAŁYSTOK ul. STOŁECZNA 7/5/2	5	59	0	0	0	0	59	64	Tak
2	10-23-000220[14/1]-0001/00	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELŻBIETA KOCHAŃSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA	17-300 SIEMIATYCZE ul. KS. ŚCIEGIENNEGO 2B	2,5	59	0	0	0	2	61	63,5	Tak

W rankingu końcowym oferty uszeregowane zostały malejąco w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z zastosowaniem § 9 rozporządzenia kryterialnego, zgodnie z którym w przypadku uzyskania jednakowej łącznej oceny, oferty szeregowane są w kolejności wg następujących kryteriów: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena.

W orzecznictwie sądów administracyjnych trafnie podkreśla się, że postępowanie konkursowe jest postępowaniem opartym na zasadzie konkurencji, co oznacza, że o ograniczoną ilość dóbr może ubiegać się nieograniczona liczba świadczeniodawców. Ustalenie wyniku tego konkurowania w postaci rankingu, tj. klasyfikacji wartościującej poszczególne oferty, stanowi porównanie ofert świadczeniodawców, biorących udział w postępowaniu.

Mając na uwadze powyższe, w dniu 17 maja 2023 r. nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania o kodzie o kodzie 10-23-000220/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, w wyniku którego świadczenia na obszarze objętym zamówieniem zostały zabezpieczone. Komisja konkursowa wybrała do zawarcia umowy obie oferty. Wartość rozstrzygnięcia wyniosła ogółem 229 331,22 PLN, natomiast wartość zamówienia na każdego z oferentów odpowiada wartościom zamówienia uzgodnionym z oferentami na negocjacjach. 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.

Rozpatrując odwołanie wniesione przez Odwołującego organ dokonał szczegółowej kontroli obu ofert, które zostały złożone w ramach zakończonego postępowania konkursowego, zarówno w zakresie obejmującym warunki bezwzględnie wymagane, jak i warunki dodatkowo oceniane. Wyniki tych działań zostały skonfrontowane z oceną dokonaną przez komisję konkursową. Zdaniem organu, komisja konkursowa dokonała prawidłowej oceny każdej oferty. W tym stanie rzeczy, zarówno ranking otwarcia, jak i ranking końcowy postępowania konkursowego, został prawidłowo sporządzony przez komisję konkursową.

W odpowiedzi na zarzuty Odwołującego stwierdzić należy, co następuje.

Odwołujący zarzucił naruszenie zasad przeprowadzania postępowania konkursowego poprzez wprowadzenie Odwołującego w toku negocjacji w błąd co do ilości podmiotów, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia planuje zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz miejsca rankingowego świadczeniodawcy, co miało wpływ na cenę oferowaną przez niego w toku negocjacji. W odniesieniu do tego zarzutu należy stwierdzić, że zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach w ramach części niejawnego konkursu ofert komisja może przeprowadzić negocjacje z oferentami, które prowadzą do ustalenia dwóch niezbędnych składników oferty, tj. liczby i ceny świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku udziału w postępowaniu więcej niż jednego oferenta komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje co najmniej z dwoma oferentami – co miało miejsce w rozpatrywanym postępowaniu, gdyż trzecia z ofert została odrzucona na wcześniejszym etapie konkursu.

Na spotkaniu negocjacyjnym każdy z oferentów określa cenę jednostki rozliczeniowej, co oznacza, że może ją podtrzymać w wysokości złożonej w ofercie lub obniżyć. Odwołujący wskazuje, że posiadał świadomość o zajmowaniu drugiego miejsca w rankingu. Mając to na względzie należy zauważyć, że w przypadku gdy oferent będący na drugim miejscu rankingowym podejmuje decyzję o podtrzymaniu swojej oferty cenowej (choć mógł ją zmienić i pozyskać dodatkowe punkty), to w sposób oczywisty powinien mieć świadomość, że jego pozycja rankingowa nie zmieni się na korzystniejszą, niezależnie ilu oferentów bierze udział w postępowaniu. Oferent na pierwszym miejscu w rankingu zawsze ma korzystniejszą sytuację niż oferent z drugiego miejsca rankingowego. Jeśli

oferent zajmujący pierwsze miejsce w rankingu posiada odpowiedni potencjał wykonawczy, może to skutkować nawet wyczerpaniem pełnej wartości zamówienia przez tego oferenta. Odwołujący nie podjął próby zmiany swojego drugiego miejsca w rankingu, mimo, iż miał taką możliwość. W odróżnieniu od R MED, który złożył ofertę z propozycją cenową ocenioną na maksymalne w tym kryterium 5 punktów, ocena oferty cenowej Odwołującego przed negocjacjami wynosiła 2,5 pkt. Mając na uwadze, że żaden z oferentów nie posiadał wiedzy o propozycjach ilościowo-cenowych i punktacji kontroferentów, co jest zgodne z zasadami obowiązującymi na negocjacjach w części niejawniej, Odwołujący mógł kształtować wyłącznie własną sytuację w tym zakresie. Zgodnie z wyjaśnieniami przewodniczącej komisji konkursowej wiedza Odwołującego odnośnie tego, że w postępowaniu konkursowym brały udział 3 podmioty wynikała z tego, że uczestniczył w otwarciu ofert, podczas którego zostało podane, że w postępowaniu zostały złożone 3 oferty. Podczas negocjacji Odwołujący nie zwracał się z pytaniem, dotyczącym liczby podmiotów biorących udział w negocjacjach. Odwołujący otrzymał od komisji konkursowej informację o zajmowaniu 2 pozycji w rankingu, co było wystarczające do podjęcia decyzji o ewentualnej zmianie ceny w celu zajęcia korzystniejszej pozycji rankingowej. Takiej decyzji Odwołujący nie podjął. Oznacza to, że podtrzymując ofertę cenową Odwołujący dokonał na własne ryzyko świadomego wyboru, że wystarcza mu drugie miejsce w rankingu. Tym samym niezasadne i niezrozumiałe są jego zarzuty o wprowadzeniu w błąd przez komisję konkursową, skoro negocjacje zostały przeprowadzone prawidłowo i w rankingu końcowym Odwołujący zajął właśnie drugie miejsce.

Pozostałe zarzuty Odwołującego, wskazujące na naruszenie art. 134 ust. 1 w zw. z art. 148 ustawy o świadczeniach, czyli zasad równego traktowania oferentów oraz porównania ofert zgodnie z obowiązującymi kryteriami nie znajdują potwierdzenia w dokumentacji konkursowej.

Jak przedstawiono powyżej oferta R MED została oceniona w poszczególnych kryteriach zgodnie z potencjałem zaprezentowanym w ofercie.

Odwołujący kwestionuje możliwość otrzymania przez R MED punktacji w kryterium dostępności za warunki związane z wykazaniem wskaźników w okresie, w którym spółka nie istniała, a tym bardziej nie prowadziła działalności leczniczej. Są to warunki określone zapytaniami 2.1.1-2.1.3 części ankietowej oferty, tj. :

„2.1.1 Udzielanie świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.

2.1.2 Udział świadczeniobiorców z oceną 0 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.

2.1.3 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel na skierowaniu lub przynajmniej raz w trakcie opieki w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.”

Mając na uwadze, że R MED nie otrzymał punktów za spełnianie ww. warunków, zarzuty w tej kwestii są niezasadne.

Odwołujący kwestionuje również możliwość otrzymania przez R MED punktacji w kryterium ciągłości za warunek:

„3.1.1 Udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom w okresach między hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie, z wyłączeniem zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki.”

R MED został oceniony w zakresie tego warunku (jak i w całym kryterium ciągłości) na 0 punktów, co nie potwierdza zarzutu Odwołującego. Należy zauważyć, że w tym kryterium ocena Odwołującego również wynosiła 0 punktów.

Odwołujący wskazuje, że świadczenia oferowane przez R MED są niższej jakości z uwagi na brak certyfikatu ISO 9001, który posiada Odwołujący. W aktach sprawy znajduje się Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością, zgodny z wymaganiami PN-EN ISO 9001:2015 w zakresie udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej, wydany przez Global Quality dnia 29 marca 2023 r., z datą ważności certyfikatu do 28.03.2026 r., potwierdzający spełnianie tego warunku przez R MED m.in. dla wykazanego w ofercie miejsca udzielania świadczeń - ul. Mickiewicza 104, 17-100 Bielsk Podlaski. W związku z tym twierdzenie Odwołującego o braku certyfikatu jest nieuzasadnione. Zarówno R MED, jak i Odwołujący otrzymali za ten warunek należne 3 pkt w kryterium jakości, co potwierdza prawidłowość oceny dokonanej przez komisję konkursową.

Odwołujący przedstawia również, że R MED nie powinien otrzymać dodatkowych 2 pkt za spełnianie warunku : „Współpraca z Agencją - świadczeniodawca przekazywał w terminie dane, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania - dotyczy okresu po dniu 22 lipca 2017 r.”. Mając na uwadze, że za ten warunek określony zapytaniem ankietowym 5.1.1 w kryterium „Inne” Odwołujący otrzymał należne 2 punkty, a R MED żadnych punktów nie otrzymał, zarzuty Odwołującego są nieuzasadnione.

Przedstawiona powyżej szczegółowa ocena ofert oraz okoliczności przemawiające za niezasadnością wszystkich zarzutów Odwołującego potwierdzają, że działania komisji konkursowej w toku prowadzonego postępowania konkursowego były bezstronne i miały na celu przestrzeganie określonej w art. 134 ustawy o świadczeniach zasady równego traktowania konkurentów i poszanowania uczciwej konkurencji oraz rzetelnego porównania ofert zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach. Ostateczna ocena oferty Odwołującego: 59 pkt (jakość) + 0 pkt (dostępność) + 0 pkt

(ciągłość) + 2 pkt (inne) + 2,5 pkt (cena) = **63,5 pkt**, skutkowałą osiągnięciem drugiego miejsca w rankingu końcowym. Pierwsze miejsce w rankingu końcowym zajęła oferta R MED, z oceną: 59 pkt (jakość) + 0 pkt (dostępność) + 0 pkt (ciągłość) + 0 pkt (inne) + 5 pkt (cena) = **64 pkt**. Oznacza to, że oferta R MED była najkorzystniejsza dla Funduszu na podstawie zasad i kryteriów obowiązujących w rozpatrywanym postępowaniu konkursowym. Nie ulega wątpliwości, że pierwsza pozycja w rankingu ma wpływ na możliwości otrzymania kontraktu w bardziej satysfakcjonującej oferenta wysokości niż ta, którą mogą uzyskać oferenci na kolejnych miejscach rankingu. Wysokość kontraktu dla oferenta z pierwszego miejsca jest ograniczona tylko wartością zamówienia oraz możliwościami przedstawionego przez niego potencjału wykonawczego. Propozycje dla oferentów na kolejnych pozycjach w rankingu w sposób oczywisty są uzależnione dodatkowo od tego, jaka wartość z całego zamówienia pozostaje po wykorzystaniu przez oferentów będących na korzystniejszym miejscu rankingowym. Tym samym uzyskanie wyższej wartości zamówienia przez R MED - oferenta na pierwszym miejscu rankingowym nie można uznać za nieprawidłowe.

W piśmie z dnia 1 czerwca 2023 r. Odwołujący ponownie zwrócił uwagę na wprowadzenie w błąd co do ilości oferentów na negocjacjach, co jego zdaniem miało wpływ na jego decyzje w czasie negocjacji oraz wskazał na niewłaściwe proporcje podziału wartości zamówienia w stosunku do różnicy punktowej, która wynosiła zaledwie 0,5 pkt. Wychodząc ponad zakres zarzutów zawartych w złożonym odwołaniu podniósł dodatkowo nieprawidłowe przyznanie punktacji podczas oceny doświadczenia personelu pielęgniarskiego w kryterium jakości, gdyż w cz. IV oferty Odwołujący przedstawił personel z większym doświadczeniem, a do oferty zostały dołączone potwierdzające to dokumenty, podczas gdy R MED przedstawił tylko oświadczenia personelu.

Kwestie, które podnosi Odwołujący po zapoznaniu się z dokumentacją konkursową nie wskazują na żadne nieprawidłowości postępowania. Jak wskazano powyżej, ocena obu ofert za spełnianie poszczególnych warunków zgodnie z rozporządzeniem kryterialnym była prawidłowa. Drugie miejsce Odwołującego w rankingu nie miało związku z brakiem informacji, ilu jest oferentów, a wynikało z jego decyzji o niezmiennianiu propozycji cenowej w stosunku do oferenta, o którym wiedział, że zajmuje pierwsze miejsce. Otrzymanie wyższej wartości zamówienia (a nawet całości zamówienia) przez oferenta na pierwszym miejscu w rankingu nie narusza zasad postępowania konkursowego. Punktacja przyznawana za spełnienie poszczególnych warunków jest określona w rozporządzeniu kryterialnym, komisja konkursowa nie jest uprawniona do przydzielania czy różnicowania punktacji inaczej niż przewidują zapisy tego rozporządzenia. W rozpatrywanym postępowaniu konkursowym nie obowiązywały kryteria nakazujące proporcjonalny podział zamówienia w zależności od różnicy punktowej między pierwszym a drugim miejscem w rankingu, czego oczekuje Odwołujący.

W odniesieniu do uwag Odwołującego co do dokumentów w ofercie dotyczących potwierdzenia doświadczenia personelu pielęgniarskiego należy przypomnieć, że punktacja w

kryterium jakości była przyznawana za spełnienie warunków związanych z doświadczeniem zawodowym w brzmieniu:

„Pielęgniarki z co najmniej 2-letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej” oraz „Pielęgniarki z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w pielęgnacji chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.” Za spełnienie każdego z tych warunków można było osiągnąć 9 pkt. Przedstawienie w cz. IV oferty innego (dodatkowego) doświadczenia zawodowego niż to, które zgodnie z rozporządzeniem kryterialnym podlega ocenie nie jest brane pod uwagę przy przyznawaniu punktacji. Otrzymanie punktów nie jest uzależnione od wybranego przez oferenta sposobu uwiarygodnienia zawartości oferty. Oferenci nie mieli obowiązku dołączania do oferty dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe pielęgniarek. Dokumenty takie nie znajdują się w katalogu dokumentów wymaganych zgodnie z warunkami postępowania ani nie są wskazane w obowiązujących dla tego konkursu warunkach zawierania umów. 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. Mając to na względzie komisja konkursowa była uprawniona do uznania oświadczeń personelu pielęgniarskiego R MED za wystarczające do potwierdzenia prawdziwości i wiarygodności doświadczenia zawodowego wykazanego w ofercie.

W tym miejscu należy 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 udzielanie 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 2009 r. 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 zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane były świadczeniodawcom na tych samych zasadach.

Interes prawny świadczeniodawcy należy zawsze oceniać zatem na kanwie konkretnego postępowania i możliwości zawarcia umowy przez danego świadczeniodawcę, ponadto posiadanie interesu prawnego związane jest zawsze z oceną, czy naruszenie określonych zasad postępowania pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z pozbawieniem możliwości zawarcia umowy przez tego świadczeniodawcę. Oceniając przedmiotowe postępowanie konkursowe w zakresie jego przebiegu, zarzutów Odwołującego i przedstawionych na te okoliczność dowodów należy stwierdzić, że nie doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Po przeprowadzeniu analizy akt sprawy należy stwierdzić, że 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 wyboru ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Reasumując, należy podkreślić, iż Odwołujący nie wykazał, aby zostały naruszone zasady postępowania konkursowego 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, które skutkowałyby naruszeniem interesu prawnego Odwołującego.

Wobec powyższego, przy braku podstaw do uwzględnienia odwołania, na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach należy stwierdzić, jak w sentencji.

Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
DYREKTOR
Podlaskiego Oddziału Wjewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Maciej Bogdan Olesński

Pouczenie

Niniejsza decyzja jest ostateczna na podstawie art. 154 ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.).

Od decyzji przysługuje stronie na podstawie art. 53 § 1 i art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2023 r. poz. 259 ze zm.) prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Białymstoku, ul. H. Sienkiewicza 84, 15-950 Białystok, zgodnie z § 3 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 4 listopada 2020 r. w sprawie przekazania rozpoznawania innym wojewódzkim sądom administracyjnym niektórych spraw z zakresu działania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1999).

Skargę wnosi się w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia rozstrzygnięcia, za pośrednictwem Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok, upoważnionego na podstawie art. 268a ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775 ze zm.) do załatwiania spraw w imieniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych.

Na podstawie art. 243 ustawy z dnia 30 sierpnia – Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi strona, która spełnia ku temu przesłanki, może ubiegać się o przyznanie prawa pomocy.

Otrzymują:

1. Pielęgniarska Opieka Domowa s.c. Jadwiga Elżbieta Kochańska, Marianna Czarkowska, Anna Mendrycka ul. Ks. Ściegiennego 2B, 17-300 Siemiatycze – Odwołujący, reprezentowany przez adwokata Annę Jaczun – Kancelaria Adwokacka Anna Jaczun, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3 lok. 38, 15-094 Białystok;
2. R MED Centrum Medyczne spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Stołeczna 7 lok. 5/2, 15-879 Białystok;
3. a/a.