

znak: WO.422.4.2017
WO.4.3.DT

Lublin, 16 czerwca 2017 r.

Pani
Teresa Cena
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Bonitas Pielęgniarska Opieka Długoterminowa
08-206 Huszlew 150
reprezentowana przez:
Pan Marek Mazur Radca Prawny
Kancelaria Radców Prawnych M. Mazur R.
Kościelska - Mazur
ul. Chopina 18/10-11
20 – 023 Lublin

DECYZJA Nr 4/...../2017/154.3
DYREKTORA LUBELSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach lub ustawą, i art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 23 z późn. zm.), zwanej dalej k.p.a., po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez podmiot leczniczy: Teresa Cena Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Bonitas Pielęgniarska Opieka Długoterminowa, 08-206 Huszlew 150, dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 przeprowadzonego w trybie konkursu ofert, w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, na obszarze gmin: 0661011 BIAŁA PODLASKA, 0601032 BIAŁA PODLASKA, 0601042 DRELÓW, 0601011 MIĘDZYRZEC PODLASKI, 0601102 MIĘDZYRZEC PODLASKI

- oddalam odwołanie.

Uzasadnienie

Dyrektor Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 30 stycznia 2017 r. ogłosił postępowanie nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, na obszarze gmin: 0661011 BIAŁA PODLASKA, 0601032 BIAŁA PODLASKA, 0601042 DRELÓW, 0601011 MIĘDZYRZEC PODLASKI, 0601102 MIĘDZYRZEC PODLASKI, na okres od 1 lipca 2017 roku do 30 czerwca 2022 roku.

W ogłoszeniu postępowania wskazano, że oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniające wymagania określone w:

- zarządzeniu Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,

- zarządzeniu Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,

- zarządzeniu Nr 79/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie szczegółowych warunków wypłaty należności i rozliczania kwoty zobowiązania wynikających z realizacji postanowień rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów, zmienionym zarządzeniem Nr 89/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r.
- rozporządzeniu 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 z późn. zm.),
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658).

W ww. ogłoszeniu została określona wartość zamówienia, tj. nie większa niż 586 737,00 PLN na okres rozliczeniowy od 2017-07-01 do 2017-12-31 r. oraz maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, tj. 6, przy czym maksymalna liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej to maksymalna liczba odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania.

Ogłoszenie postępowania zostało dokonane prawidłowo.

Do przeprowadzenia postępowania konkursowego została powołana zarządzeniem Nr 21/2017 Dyrektora Lubelskiego OW NFZ z dnia 30 stycznia 2017 r. (z późn. zm.), Komisja konkursowa Nr 11, zwana dalej Komisją.

Jednocześnie, w dniu 30 stycznia 2017 r. na stronie Lubelskiego OW NFZ zamieszczony został Komunikat w sprawie cen oczekiwanych jednostek rozliczeniowych w konkursach ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2017 i w latach następujących w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Na ogłoszone postępowanie nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 zostało złożonych 8 ofert przez następujące podmioty:

Nr oferty	Nazwa Oferenta	Adres siedziby
03-17-000083[14/1]-0001/00	S.C. JADWIGA LATUSEK BOŻENA KORSZEŃ	21-500 BIAŁA PODLASKA ; ARTYLERYJSKA 7
03-17-000083[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA-SALA	17-300 SIEMIATYCZE ; JULIUSZA SŁOWACKIEGO 26
03-17-000083[14/1]-0003/00	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ	21-500 BIAŁA PODLASKA ; TEREBELSKA 57-65
03-17-000083[14/1]-0004/00	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELŻBIETA KOCHAŃSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA	17-300 SIEMIATYCZE ; KS. PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2B
03-17-000083[14/1]-0005/00	TERESA CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BONITAS PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	08-206 HUSZLEW ; 150
03-17-000083[14/1]-0006/00	NZOZ OŚRODEK MEDYCZYNY SZKOLNEJ I OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W DOMU CHOREGO "VITA" JOLANTA LADKO, BARBARA KARGUL S.C.	21-500 BIAŁA PODLASKA ; PARKOWA 11
03-17-000083[14/1]-0007/00	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA-KUŚNIERZ	35-073 RZESZÓW ; PLAC WOLNOŚCI 17
03-17-000083[14/1]-0008/00	BARBARA SOĆKO PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ POD NAZWĄ NZOZ "SENIOWITA" ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ SOĆKO BARBARA	21-500 BIAŁA PODLASKA ; WARSZAWSKA 14/202

Wszystkie oferty zostały złożone w wyznaczonym terminie tj. do 16 lutego 2017 roku.

Otwarcie ofert nastąpiło w dniu 21 lutego 2017 r. w miejscu wskazanym w ogłoszeniu postępowania, tj. w siedzibie Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Lublinie, ul. Szkolna 16.

W części jawnej postępowania konkursowego Komisja dokonała weryfikacji ofert pod względem spełniania przez Oferentów warunków formalno-prawnych jak również wymagań koniecznych dotyczących warunków udzielania świadczeń wynikających z aktów prawnych wskazanych w ogłoszeniu postępowania.

Komisja po zweryfikowaniu spełniania warunków formalno-prawnych ustaliła, iż 6 ofert tj. :

1. 03-17-000083[14/1]-0001/00 S.C. JADWIGA LATUSEK BOŻENA KORSZEŃ
ARTYLERYJSKA 7, 21-500 BIAŁA PODLASKA
2. 03-17-000083[14/1]-0004/00 PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELŻBIETA
KOCHAŃSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA
KS. PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2B, 17-300 SIEMIATYCZE
3. 03-17-000083[14/1]-0005/00 TERESA CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI
ZDROWOTNEJ BONITAS PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
150, 08-206 HUSZLEW
4. 03-17-000083[14/1]-0006/00 NZOZ OŚRODEK MEDYCYNY SZKOLNEJ I OPIEKI
DŁUGOTERMINOWEJ W DOMU CHOREGO "VITA" JOLANTA ŁADKO, BARBARA
KARGUL S.C., PARKOWA 11, 21-500 BIAŁA PODLASKA
5. 03-17-000083[14/1]-0007/00 CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA
PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA-KUŚNIERZ, PLAC WOLNOŚCI 17, 35-073 RZESZÓW
6. 03-17-000083[14/1]-0008/00 BARBARA SOĆKO PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ POD
NAZWĄ NZOZ "SENIO- VITA" ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ SOĆKO
BARBARA, WARSZAWSKA 14 202, 21-500 BIAŁA PODLASKA

- zawierało braki formalne. Komisja wezwała ww. Oferentów do uzupełnienia braków formalnych, które zostały uzupełnione w wyznaczonym terminie.

W dalszej kolejności Komisja dokonała weryfikacji spełniania warunków koniecznych do realizacji świadczeń. Po dokonaniu weryfikacji 1 oferta została odrzucona z powodu niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach - oferta złożona przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej 21-500 Biała Podlaska; ul. Terebelska 57-65

W części jawnej 3 Oferentów złożyło protesty tj.:

1. 03-17-000083[14/1]-0003/00 WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ
PODLASKIEJ TEREBELSKA 57-65, 21-500 BIAŁA PODLASKA
protest nieuwzględniony,
2. 03-17-000083[14/1]-0006/00 NZOZ OŚRODEK MEDYCYNY SZKOLNEJ I OPIEKI
DŁUGOTERMINOWEJ W DOMU CHOREGO "VITA" JOLANTA ŁADKO, BARBARA
KARGUL S.C. PARKOWA 11, 21-500 BIAŁA PODLASKA
protest uwzględniony,
3. 03-17-000083[14/1]-0007/00 CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA
CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA-KUŚNIERZ
PLAC WOLNOŚCI 17, 35-073 RZESZÓW
protest nieuwzględniony.

Komisja, zgodnie z przysługującym jej prawem, na podstawie § 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 ze zm.) oraz na podstawie Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr 2016/001/BO/KONTR/6.01 wersja 6.01 wydanej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przeprowadziła u 2 Oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie na jaki została złożona oferta, wizytację w celu porównania informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym.

Wizytację przeprowadzono u następujących Oferentów:

Nr oferty	Nazwa Oferenta	Adres siedziby	Miejsce udzielania świadczeń
03-17-000083[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA- SALA	17-300 SIEMIATYCZE ; JULIUSZA SŁOWACKIEGO 26	GABINET PIEŁĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ BIAŁA PODLASKA 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. PROSTA 35/3,4

03-17-000083[14/1]-0007/00	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA-KUŚNIERZ	35-073 RZESZÓW ; PLAC WOLNOŚCI 17	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. KRÓLOWEJ JADWIGI 2
----------------------------	---	--------------------------------------	---

W wyniku wizytacji potwierdzono prawdziwość złożonych ofert ze stanem faktycznym.

Należy wskazać, iż ocena wszystkich ofert zakwalifikowanych do dalszego procedowania została dokonana:

- zgodnie z kryteriami określonymi na podstawie art. 146 ust.1 pkt 2 *ustawy o świadczeniach, rozporządzeniu 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.),
- pod względem spełniania warunków wymaganych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jednolity Dz.U. z 2015 r. poz.1658) oraz
- zarządzeniem nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Wskazać należy, iż kryteria oceny oferty zostały skonkretyzowane w odniesieniu do poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie *szczególonych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372 ze zm). Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z warunkami ich spełniania oraz przypisana im wartością punktową został określony w załączniku nr 6 do cytowanego rozporządzenia oraz szczegółowe kryteria wyboru ofert w ramach kryterium ceny w załączniku nr 17. Zgodnie z wym. załącznikiem liczbę punktów uzyskaną w kryterium ceny ustala się następująco:

$$B \begin{cases} C_{of} < C_{min} \\ y_c = S \\ C_{of} \geq C_{min} \\ y_c = \frac{S(C_{max} - C_{of})}{C_{max} - C_{min}} \end{cases}$$

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 części niejawnej postępowania, zgodnie z art. 148 ust.1 ustawy o świadczeniach, Komisja dokonała porównania ofert wg kryteriów wyboru ofert:

- 1) Jakości
- 2) Kompleksowości - nie była oceniana w tym zakresie świadczeń
- 3) Dostępności
- 4) Ciągłości

5) Ceny

W oparciu o obowiązujące kryteria w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie: świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet Komisja dokonała oceny ofert, będących podstawą do sporządzenia rankingu otwarcia. Ranking powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny uwzględniającej wszystkie kryteria różnicujące oferty. Takim samym zasadom postępowania oraz jednolitym kryteriom oceny podlegały wszystkie punktowne pozycje oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez Oferenta odpowiedzi i ustalonej punktacji tej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

Tab. Nr 1 Pozycja poszczególnych Oferentów, według rankingu otwarcia, przedstawia się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Dane z oferty			punktacja							Łączna liczba punktów w tyt. pozostałych kryteriów	Łączna liczba punktów oceny
	Nr oferty	Nazwa Oferenta	Adres miejsca udzielania świadczeń	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów							
					J	K	D	C	I			
1	2	3	4	12	13	14	15	16	17	18=13+14+15+16+17	19=12+18	
1	03-17-000083[14/1]-0008/00	BARBARA SOĆKO PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ POD NAZWĄ NZOZ "SENIO- VITA" ZESPÓŁ DŁUGOTERMINO WEJ OPIEKI DOMOWEJ SOĆKO BARBARA	NZOZ "SENIO- VITA" ZESPÓŁ DŁUGOTERMINO WEJ OPIEKI DOMOWEJ BIAŁA PODLASKA 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. WARSZAWSKA 14/202	5	62	0	12	19	0	93	98	
2	03-17-000083[14/1]-0001/00	S.C. JADWIGA LATUSEK BOŻENA KORSZEŃ	ZESPÓŁ DŁUGOTERMINO WEJ OPIEKI DOMOWEJ 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. ARTYLERYJSKA 7	5	60	0	12	19	0	91	96	
3	03-17-000083[14/1]-0006/00	NZOZ OSRODEK MEDYCYNNY SZKOLNEJ I OPIEKI DŁUGOTERMINO WEJ W DOMU CHOREGO "VITA" JOLANTA ŁADKO, BARBARA KARGUL S.C.	GABINET MEDYCZNY DŁUGOTERMINO WEJ OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. PARKOWA 11	2,5	62	0	12	19	0	93	95,5	

4	03-17-000083[14/1]-0005/00	TERESA CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BONITAS PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINO WA	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "BONITAS" PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINO WA 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. TEREBELSKA 67	2,5	62	0	12	14	0	88	90,5
5	03-17-000083[14/1]-0004/00	PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELŻBIETA KOCHANSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA	PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINO WA W BIAŁEJ PODLASKIEJ 21- 500 BIAŁA PODLASKA ul. KOŚCIUSZKI 16	5	62	0	9	14	0	85	90
6	03-17-000083[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORST WO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA- SALA	GABINET PIEŁĘGNIARSKIEJ OPIEKI DŁUGOTERMINO WEJ BIAŁA PODLASKA 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. PROSTA 35/3,4	5	62	0	0	9	0	71	76
7	03-17-000083[14/1]-0007/00	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA- KUŚNIERZ	PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINO WA 21-500 BIAŁA PODLASKA ul. KRÓLOWEJ JADWIGI 2	5	62	0	0	4	2	68	73

(J-jakość K- kompleksowość (nie była oceniana w tym zakresie świadczeń), D- dostępność, C- ciągłość, I- inne). W rankingu otwarcia oferta Odwołującego znalazła się na 4 pozycji z łączną oceną 90,50 pkt.

Komisja w przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy udzieloną odpowiedzią na zawarte w ankiecie pytanie a danymi zawartymi w pozostałej części formularza ofertowego oraz w przypadku stwierdzonych niejasności wymagających dodatkowych wyjaśnień zwróciła Oferentów do złożenia pisemnych wyjaśnień zgodnych ze stanem faktycznym.

Do złożenia wyjaśnień wezwany był również Odwołujący.

Po dokonaniu analizy zawartości danych przedstawionych w ofercie, odpowiedzi udzielonych na pytania ankietowe, Komisja pismem z dnia 28.03.2017 r., wezwała Odwołującego do złożenia wyjaśnień następujących niezgodności:

1. WARUNKI DODATKOWE	Udzielona odpowiedź przez Oferenta
SPO_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania, jakością.	TAK

Odwołujący przedstawił kopię Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania, jakością z okresem ważności do 14.09.2018 r. W związku z § 5 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372), Oferent, który deklaruje spełnianie warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać w okresie związania ofertą oraz przez cały okres realizacji umowy, chyba, że przepisy rozporządzenia stanowią inaczej. W związku z powyższym, Komisja wezwała do przedstawienia zobowiązania, że ważność Certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania, jakością, który ma zastosowanie w przedmiocie postępowania oraz obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie, na który złożono ofertę, zostanie przedłużony na cały okres obowiązywania umowy.

2. WARUNKI DODATKOWE	Udzielona odpowiedź
SPO_7 Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji.	TAK

Komisja zwróciła się o przedstawienie poświadczoną za zgodność z oryginałem umowy o współpracy ze świadczeniodawcą z zakresu leczenia szpitalnego, w celu zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji.

3. WARUNKI DODATKOWE	Udzielona odpowiedź
Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu - co najmniej 50%	TAK

Komisja poinformowała, że Odwołujący wykazał tylko jedną pielęgniarkę, która pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy, tj. 37,92 godzin tygodniowo. Stanowi to 20 % wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek. Nie został więc spełniony ww. warunek dodatkowo oceniany.

Komisja poinformowała Oferenta o zmianie odpowiedzi ankietowej z „TAK” na „NIE”. Zmiana odpowiedzi ankietowej skutkowałą zmniejszeniem liczby punktów *kryterium Jakości*: o 20 pkt.

Odwołujący został zobowiązany do udzielenia odpowiedzi w terminie do 7.04 2017 r.

W dniu 5.04.2017 r. do Komisji wpłynęły następujące dokumenty od Odwołującego:

Ad1 punktu wezwania:

Odwołujący złożył oświadczenie, że certyfikat ISO zarządzania, jakością, który ma zastosowanie w przedmiocie postępowania oraz obejmuje miejsce udzielania świadczeń wskazane w ofercie będzie utrzymany przez cały okres obowiązywania umowy.

Ad2 punktu wezwania:

Odwołujący przedstawił kopię zawartej umowy o współpracy z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Białej Podlaskiej, umowa została zawarta 07.02.2017 r.

Ad3 punktu wezwania:

Odwołujący wyjaśnił, iż pomyłkowo wpisał harmonogram dla 2 pielęgniarek w niepełnym wymiarze równoważnika 1 etatu oraz oświadczył, iż 3 pielęgniarki zadeklarowały chęć pracy w pełnym wymiarze równoważnika 1 etatu. Odwołujący przedstawił nowy harmonogram dostępności:

- Pielęgniarka nr prawa wyk. Zawodu: 0100694P wpisano piątek 8-15 winno być 8-15;55
- Pielęgniarka nr prawa wyk. Zawodu: 0100937P wpisano środa 13:00-20:00 winno być 12:05 – 20:00.

Uwzględniając powyższe, Komisja przyjęła złożone oświadczenia (ad pkt 1 i 2) natomiast w odniesieniu do pkt 3 powiadomieniem z 20.04.2017 r. poinformowała Oferenta, iż podtrzymuje swoje stanowisko w zakresie zmiany odpowiedzi ankietowej z „Tak” na „Nie” informując jednocześnie o braku możliwości zmiany czasu pracy pielęgniarek w złożonej ofercie.

W dalszej kolejności, Komisja w dniu 3.04.2017 r. wysłała kolejne „wezwanie do złożenia wyjaśnień” w terminie do 11.04.2017 r. w zakresie udzielonych odpowiedzi ankietowych następujących pytań:

1. WARUNKI DODATKOWE	ODPOWIEDŹ OFERENTA
SPO_7 Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.	TAK

W związku z tym, iż dokonana przez Komisję analiza realizacji świadczeń w warunkach domowych na podstawie przekazywanych danych statystycznych w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie była rozbieżna z informacjami zawartymi w złożonej ofercie, Komisja zwróciła się z prośbą o udokumentowanie udzielonej odpowiedzi ankietowej. Poinformowano w wezwaniu, iż przekazane dokumenty muszą potwierdzać objęcie świadczeniami wszystkich pacjentów w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej w okresach pomiędzy wszystkimi hospitalizacjami oraz po ich zakończeniu (z wyłączeniem

zgonu lub objęcia świadczeniobiorcy inną formą opieki w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). W przypadku przekazania kopii dokumentów winny być one potwierdzone za zgodność z oryginałem.

2. WARUNKI DODATKOWE	ODPOWIEDŹ OFERENTA
SPO_7 Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.	TAK

W związku z tym, iż dokonana przez Komisję analiza zapewnienia udzielania świadczeń zgodnie z pytaniem ankietowym, była rozbieżna z informacjami zawartymi w złożonej ofercie, zwróciła się z prośbą o udokumentowanie udzielonej odpowiedzi ankietowej. Poinformowano oferenta w wezwaniu, iż przekazane dokumenty winny potwierdzać udzielanie świadczeń w każdy dzień tygodnia pacjentom z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, którym świadczenia realizowano przez co najmniej 90 dni w okresie 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie. W przypadku przekazania kopii dokumentów winny być one potwierdzone za zgodność z oryginałem.

W dniu 11.04.2017 r. wpłynęły następujące dokumenty od Odwołującego:

Ad1 punktu wezwania:

Odwołujący przedstawił wykaz pacjentów wraz ze wskazaniem dat udzielonych świadczeń.

Powyższe dane zostały również ponownie zweryfikowane przez KK nr 11 i porównane z przekazaną sprawozdawczością za badany okres. Komisja uznała udzieloną odpowiedź ankietową.

Ad2 punktu wezwania:

Odwołujący wyjaśnił cyt.: „*pozytywna odpowiedź wynika z literalnego brzmienia kryterium dostępności, zapewnienie udzielania świadczeń to dostępność do świadczeń i wg mojej interpretacji nie jest to udzielanie świadczeń*”.

Uwzględniając powyższe, Komisja przyjęła złożone oświadczenia (ad pkt 1) natomiast w odniesieniu do pkt 2 powiadomieniem z 20.04.2017 poinformowała Odwołującego, iż Odwołujący był wezwany do przekazania dokumentów potwierdzających spełnianie powyższego kryterium a przesłane wyjaśnienia nie dokumentują spełnienia ww. warunku dodatkowego.

Poinformowano Odwołującego, iż zgodnie z ocenianym kryterium Odwołujący winien wykazać, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie tj w okresie od 1 listopada 2015 r do 31 października 2016 r. wszyscy świadczeniobiorcy z oceną 0-15 pkt w skali Barthel byli objęci opieką, przez co najmniej 90 dni i otrzymywali świadczenia przez 7 dni w tygodniu.

W związku z brakiem potwierdzenia spełniania wym. warunku przez Oferenta, Komisja poinformowała Odwołującego o zmianie odpowiedzi ankietowej z **TAK** na **NIE**. Zmiana odpowiedzi ankietowej skutkowałą zmniejszeniem liczby punktów w *kryterium Dostępności*: o 3 pkt.

Komisja zakwalifikowała 7 ofert do części niejawnego postępowania, co oznacza jedynie, iż oferta nie podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach. Fakt spełniania wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372), oceny ofert i ich porównania.

Tabela. Pozycje poszczególnych Oferentów, według rankingu po weryfikacji prawidłowości udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe:

Pozycja oferty w rankingu	dane Oferentów			Ocena oferty							
	Nr oferty	Nazwa Oferenta	Adres Oferenta	Punktacja za ofertę cenową	Punktacja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punktów w ocenie	
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne		razem
1	03-17-000083[14/1]-0006/00	NZOZ OŚRODEK MEDYCyny SZKOLNEJ I OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W DOMU CHOREGO "VITA" JOLANTA LADKO, BARBARA KARGUL S.C.	21-500 BIAŁA PODLASKA ul. PARKOWA 11	5	62	0	9	15	0	86	91
2	03-17-000083[14/1]-0004/00	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELŻBIETA KOCHAŃSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA	17-300 SIEMIATY CZE ul. KS. PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2B	5	62	0	9	14	0	85	90
3	03-17-000083[14/1]-0001/00	S.C. JADWIGA LATUSEK BOŻENA KORSZEŃ	21-500 BIAŁA PODLASKA ul. ARTYLERYJSKA 7	5	60	0	9	15	0	84	89
4	03-17-000083[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA-SALA	17-300 SIEMIATY CZE ul. JULIUSZA SŁOWACKI EGO 26	5	52	0	3	14	0	69	74
5	03-17-000083[14/1]-0007/00	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA-KUŚNIERZ	35-073 RZESZÓW ul. PLAC WOLNOŚCI 17	5	62	0	0	4	2	68	73
6	03-17-000083[14/1]-0008/00	BARBARA SOĆKO PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ POD NAZWĄ NZOZ "SENIOWITA" ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ SOĆKO BARBARA	21-500 BIAŁA PODLASKA ul. WARSZAWSKA 14/202	5	42	0	9	15	0	66	71
7	03-17-000083[14/1]-0005/00	TERESA CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BONITAS PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	08-206 HUSZLEW ul. 150	2,5	42	0	9	14	0	65	67,50

(J-jakość K- kompleksowość (nie jest oceniana w badanym zakresie świadczeń), D- dostępność, C-ciągłość, I- inne). Oferta Odwołującego się po zmianie odpowiedzi zajęła ostatnią 7 pozycję w rankingu.

Komisja dokonała weryfikacji ofert w zakresie oferowanej liczby i ceny świadczeń oraz przygotowała propozycje do negocjacji, w kontekście potencjału Oferentów, prowadzonych analiz w zakresie wartości umów, wykonania świadczeń za okres 2016 roku i I-III 2017 roku.

Mając na uwadze równe traktowanie Oferentów Komisja podjęła decyzję o przeprowadzeniu negocjacji korespondencyjnych ze wszystkimi oferentami w celu ustalenia liczby oraz ceny świadczeń opieki zdrowotnej ze wszystkimi Oferentami, w kolejności zgodnej z punktacją ustaloną w rankingu

bieżącym, do momentu wyczerpania planowanej liczby świadczeń oraz wartości zamówienia. W ramach pierwszej tury Odwołujący otrzymał:

- *pisemne zaproszenie do negocjacji*, które określało sposób ich prowadzenia oraz kryteria jakimi posługiwała się Komisja w zakresie określenia propozycji dla oferenta,
- *protokół z negocjacji*, który zawierał propozycję cenowo ilościową,
- *zestawienie oceny punktowej*, które zawierało zweryfikowane przez Komisję odpowiedzi oferenta na pytania ankietowe wraz z wynikającą z nich oceną punktową w poszczególnych kryteriach oceny

Informacje o ocenie punktowej oferty były istotne dla oferenta przy podjęciu decyzji o dokonaniu ewentualne zmiany w trakcie negocjacji, ceny za punkt rozliczeniowy lub ilości proponowanych punktów rozliczeniowych, co mogło wpłynąć na pozycję oferty w rankingu końcowym. Oferent był również zobowiązany do zajęcia stanowiska w odniesieniu do przedstawionego zestawienia oceny punktowej oferty wyrażając pisemnie jego akceptację lub brak akceptacji. W przypadku braku akceptacji, oferent miał możliwość uzasadnienia swojego stanowiska.

W trakcie negocjacji Odwołujący obniżył cenę za punkt i otrzymał maksymalną ilość punktów za cenę tj. 5 pkt. Komisja przygotowała kolejną kartę oceny (łącznie ilość punktów z oceny oferty 70 pkt) uwzględniając zmianę punktacji za cenę. W dniu 23.05.2017 r. wraz z protokołem końcowym została przekazana poprawiona karta oceny oferty Odwołującemu. Odwołujący zaakceptował treść i liczbę punktów otrzymanych w wyniku oceny oferty wypełniając i podpisując stosowe oświadczenie w dacie 24.05.2017 r.

W związku z powyższym został utworzony kolejny ranking.

Tabela. Pozycja poszczególnych Oferentów, według rankingu końcowego, przedstawia się następująco:

Pozycja oferty w rankingu	Dane Oferentów			Ocena oferty							
	Nr oferty	Nazwa Oferenta	Adres Oferenta	Punkcja za ofertę cenową	Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów					Łączna liczba punktów oceny	
					jakość	kompleksowość	dostępność	ciągłość	inne		razem
1	03-17-000083[14/1]-0006/00	NZOZ OŚRODEK MEDYCZYNY SZKOLNEJ I OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W DOMU CHOROGE "VITA" JOLANTA LADKO, BARBARA KARGUL S.C.	21-500 BIAŁA PODLASKA ul. PARKOWA 11	5	62	0	9	15	0	86	91
2	03-17-000083[14/1]-0004/00	PIELĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELZBIETA KOCHAŃSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA	17-300 SIEMIATYC ZE ul. KS. PIOTRA ŚCIEGIENNA EGO 2B	5	62	0	9	14	0	85	90
3	03-17-000083[14/1]-0001/00	S.C. JADWIGA LATUSEK BOZENA KORSZEN	21-500 BIAŁA PODLASKA ul. ARTYLERYJSKA 7	5	60	0	9	15	0	84	89
4	03-17-000083[14/1]-0002/00	PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA-SALA	17-300 SIEMIATYC ZE ul. JULIUSZA SŁOWACKI EGO 26	5	52	0	3	14	0	69	74
5	03-17-000083[14/1]-0007/00	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPALA HALINA COMPALA-KUŚNIERZ	35-073 RZESZÓW ul. PLAC WOLNOŚCI 17	5	62	0	0	4	2	68	73
6	03-17-000083[14/1]-0008/00	BARBARA SOCKO PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ POD NAZWĄ NZOZ "SENIO- VITA" ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ SOCKO BARBARA	21-500 BIAŁA PODLASKA ul. WARSZAWSKA 14/202	5	42	0	9	15	0	66	71
7	03-17-000083[14/1]-0005/00	TERESA CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BONITAS PIELĘGNIARSKA OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	08-206 HUSZLEW ul. 150	5	42	0	9	14	0	65	70

Zestawienie ocen punktowych szczegółowego wyliczenia poszczególnych elementów oferty w postępowaniu nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 Odwołującego i pozostałych Oferentów

zakwalifikowanych do części niejawnej, po weryfikacji merytorycznej odpowiedzi Oferentów i zmianie ceny, przedstawia poniższa tabela:

ODPOWIEDZI RANKINGUJĄCE	ODPOWIEDZI RANKINGUJĄCE	OFERENCI W POSZCZEGÓLNYCH Kryteriach Uzyskane Punkty							
		MAKSYMALNA ILOŚĆ PKT do uzyskania	NZOS OŚRODEK MEDYCZYNY SZKOLNEJ I OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W DOMU CHOCEGO "VITA"	PIELĘGNIARSKA OPIKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELZBETA KOCHANISKA MARIANNA SZARNOŃSKA ANNA MENDRYCKA	S.C. JADWIGA LATUSEK BOŻENA	PRZEDSIĘBIĘCTWO HANDLOWE HALMIR MOLETTA TOLMINSKA S.A.	CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPOŁKA CYWILNA PIOTR GONPALA HALINA COWPALA KUSMERZ	BARBARA SOŁKO PROWADZIĄCA DZIAŁALNOŚĆ POD NAZWĄ "VITA ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOKONANEJ SOŁKO BARBARA	TERESA CENA NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ BONITAS PIELĘGNIARSKA OPIKA DŁUGOTERMINOWA
JAKOŚĆ	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 rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub 6) pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 8) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 9) pielęgniarstwa opieki paliatywnej - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.	20	20	20	20	20	20	20	20
	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.	10	10	10	10	10	10	10	10
	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.	10	10	10	10	0	10	10	10
	SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu Co najmniej 50%	20	20	20	20	20	20	0	0
	SPO_7 Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu Co najmniej 25%	10	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Udzielenie świadczeń przez personel o kwalifikacjach niższych niż wykazane w ofercie - tylko na podstawie kontroli.	-1	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Udzielenie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie - tylko na podstawie kontroli.	-2	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Brak sprzętu i wyposażenia wykazanego w umowie - tylko na podstawie kontroli.	-1	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Obciążenie świadczeniobiorców kosztami leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia w SPO_W Pobieranie nienależnych opłat od świadczeniobiorców za świadczenia będące przedmiotem umowy.	-2	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Niezasadne ordynowanie leków lub wyrobów medycznych, lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego - tylko SPO_W Przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków	-1	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Niewykonanie w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych.	-1	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Stwierdzenie naruszeń, które zostały stwierdzone w poprzednich kontrolach.	-2	0	0	0	0	0	0	0
	SPO_W Certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością	2	2	2	0	2	2	2	2
	DOSTĘPNOŚĆ	SPO_7 Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel, objętych opieką przez co najmniej 90 dni, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.	3	0	0	0	0	0	0
SPO_7 Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu, w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie.		3	3	3	3	0	0	3	3
ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 10%.		3	3	3	3	0	0	3	3
SPO_7 Udział świadczeniobiorców z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie - co najmniej 20%.		3	3	3	3	3	0	3	3
CIĄGŁOŚĆ	SPO_7 Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji.	4	0	4	0	4	4	0	4
	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.	5	5	5	5	5	0	5	5
	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, Nieprzerwanie od 5 lat.	5	5	5	5	5			5
INNE	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, Nieprzerwanie od 10 lat.	10	10		10			10	
	SPO_W Współpraca z Agencją - realizacja umowy, o której mowa w art. 31c ust. 4 ustawy o świadczeniach, w zakresie świadczeń objętych przedmiotem postępowania.	2	0	0	0	0	2	0	0
	cena	5	5	5	5	5	5	5	
PODSUMOWANIE			91	90	89	74	73	71	70

Komisja, po otrzymaniu zwrotnym wszystkich *protokołów negocjacji* i analizie ostatecznych stanowisk negocjacyjnych oferentów, podjęła decyzję o określeniu ostatecznego stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń. Stanowisko to znalazło odzwierciedlenie w przekazanych oferentom protokołach końcowych z negocjacji, z którymi każdy oferent otrzymał ocenę punktową oferty, uwzględniającą ewentualną zmianę ceny w trakcie negocjacji i zmianę ilości punktów rozliczeniowych.

Protokoły końcowe w swojej treści zawierały następującą klauzulę cyt. „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”.

Zakwalifikowanie oferty do części niejawnego postępowania oznacza jedynie, iż oferta nie podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach. Fakt spełniania wymaganych warunków określonych przepisami prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy, nie skutkuje wybraniem oferty celem zawarcia umowy, a jedynie pozwala na dokonanie, na podstawie art. 148 ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1372) oceny oferty i ich porównania.

Po otrzymaniu protokołów końcowych, Komisja po zweryfikowaniu uwag oferentów do oceny punktowej dokonała ostatecznej oceny punktowej ofert zgodnie z rozporządzeniem 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), tj. dokonała porównania ofert wg kryteriów wyboru ofert:

- 1) Jakości
- 2) Dostępności
- 3) Ciągłości
- 4) Ceny

Ocena punktowa poszczególnych kryteriów oceny ofert dokonywana była na podstawie wypełnionych przez oferentów ankiet dotyczących danego kryterium. Wartość punktowa pozycji oferty w danym kryterium wynikała z sumowania punktów uzyskanych w poszczególnych pytaniach ankietowych na podstawie udzielonej przez oferentów odpowiedzi i ustalonej punktacji danej odpowiedzi. Pod uwagę wzięto wszystkie pytania z ankiet dotyczących danego kryterium.

W dalszej kolejności sporządzono ranking końcowy, w którym znalazły się oferty uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny z uwzględnieniem ostatecznych wyników negocjacji. Komisja dokonała wyboru ofert w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, do wyczerpania łącznej wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu. Z uwagi na ilość środków finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu nie było możliwości wyboru oferty Odwołującego.

Oferta Odwołującego nie została wybrana z uwagi na usytuowanie na ostatnim miejscu w rankingu końcowym z **liczbą 70 pkt**. Liczba punktów uzyskanych przez ofertę zajmującą pierwszą pozycję w rankingu końcowym **wyniosła 91 pkt**. Oferta Odwołującego się nie została wybrana mimo, iż spełniała wszystkie wymagania formalnoprawne i warunki wymagane w przedmiotowym postępowaniu wynikające z obowiązujących przepisów prawa, ponieważ na przedmiotowy konkurs złożono oferty, który uzyskały wyższe oceny punktowe a oferta Odwołującego znalazła się na ostatniej 7 pozycji w rankingu osiągając liczbę 70 pkt. Komisja dokonała wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Do zawarcia umów wybrano 6 ofert o najwyższej łącznej ocenie uzyskując odpowiednio od 91 do 71 pkt. Oferty te wyczerpały środki finansowe, które zamawiający przeznaczył na świadczenia będące przedmiotem niniejszego

postępowania jak również wybór tych ofert pozwoli na zawarcie maksymalnej liczby umów, które zostały określone w ogłoszeniu.

W ogłoszeniu przedmiotowego konkursu ofert wskazano wartość zamówienia nie większą niż 586 737,00 zł na okres rozliczeniowy od 1-07-2017 r. do 31-12-2017 r.

W ogłoszeniu wskazano maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu postępowania, tj. 6.

W dniu 31-05-2017 roku nastąpiło rozstrzygnięcie postępowania. Informacja o rozstrzygnięciu postępowania została opublikowana na tablicach ogłoszeń oraz stronie internetowej Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co oznacza, że wypełniona została dyspozycja art. 151 ust. 2 ustawy, który stanowi o jawności informacji o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim Świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Dostępne były na tablicach ogłoszeń u Zamawiającego (w siedzibie Oddziału) oraz na stronach internetowych Oddziału. Sposób udostępnienia materiałów umożliwił zapoznanie się z nimi przez wszystkich Oferentów.

Kryteria oceny ofert, zasady punktowania i warunki wymagane od Świadczeniodawców, jak wykazano powyżej, były jawne i nie podlegały zmianie w toku trwania przedmiotowego postępowania. Ocena ofert, w tym oferty Odwołującego, odbywała się w oparciu o enumeratywnie określone kryteria, z wyłączeniem dowolności w tym zakresie. Kryteria oceny były jednakowe dla wszystkich i przejrzyste.

Dnia 8-06-2017 roku (data nadania 07-06-2017) do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie wpłynęło odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 złożone przez Panią Teresę Cenę Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Bonitas Pielęgniarska Opieka długoterminowa 08-206 Huszlew 150. Odwołanie zostało wniesione w terminie.

W oparciu o art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, Dyrektor Oddziału ustalił, że status strony postępowania posiada Odwołujący oraz podmioty wybrane w przedmiotowym postępowaniu do udzielania świadczeń.

Pismem z dnia 8 czerwca 2017 r. strony zostały poinformowane o przysługujących im prawach wynikających z art. 10 k.p.a.

Należy zważyć, co następuje.

Zgodnie z art. 104 § 1 k.p.a. organ administracji publicznej załatwia sprawę przez wydanie decyzji.

W myśl zapisów art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia 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 ww. ustawy. Art. 152 ust. 2 ustawy o świadczeniach wskazuje, że środki odwoławcze nie przysługują na:

- 1) wybór trybu postępowania;
- 2) niedokonanie wyboru świadczeniodawcy;
- 3) unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Artykuł 154 ust. 1 i ust. 3 ustawy o świadczeniach wskazuje, że 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.

Zgodnie z art. 154 ust. 6a ustawy o świadczeniach, stronami postępowania są świadczeniodawca, który złożył odwołanie, o którym mowa w ust. 1 lub wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, o którym mowa w ust. 4 oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa o świadczeniach stanowi podstawę powierzenia organom Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją tych świadczeń i jest podstawą określenia zadań władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń. Realizacja ustawowych obowiązków organów Funduszu we wskazanych obszarach skonkretyzowana została przede wszystkim w dziale VI ustawy zatytułowanym "Postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami". Określenie w tym rozdziale trybu postępowania i zasad postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych służy wypełnieniu przez Fundusz celów postawionych przez ustawodawcę, a zakreślonych przez art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji.

W myśl art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej następuje po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert (pkt 1) albo w trybie rokowań (pkt 2). W celu przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert Fundusz zamieszcza ogłoszenie, które zgodnie z art. 139 ust. 3 ustawy o świadczeniach zawiera m.in. nazwę i adres siedziby zamawiającego, określenie wartości przedmiotu zamówienia wymagane kwalifikacje zawodowe i techniczne świadczeniodawców, określenie obszaru terytorialnego. Prezes Funduszu, stosownie do art. 146 ustawy o świadczeniach określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Minister właściwy do spraw zdrowia określa kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców. Przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty (art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach). Kryteria oceny ofert są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania (art. 147 ustawy o świadczeniach).

Konkurs ofert składa się z części jawnej i niejawnej. W części jawnej Komisja Konkursowa stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu ofert oraz liczbę złożonych ofert, otwiera koperty lub paczki z ofertami i ustala, które z ofert spełniają warunki wymagane oraz przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia (art. 142 ust. 2 ustawy o świadczeniach). W części niejawnej komisja może wybrać ofertę lub większą liczbę ofert, nie dokonać wyboru żadnej oferty, może też przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej i ich ceny (art. 142 ust. 5 i ust. 6 ustawy o świadczeniach).

Zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach, porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i cenę.

W postępowaniu w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami mogą wystąpić dwie fazy. Rozstrzygnięcie wydane w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w drodze konkursu ofert, jeśli żaden z uczestników konkursu nie skorzysta ze środka wymienionego w art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, co do zasady kończy to postępowanie. Jednakże w przypadku gdy którykolwiek z uczestników postępowania złoży odwołanie od rozstrzygnięcia konkursu, rozpoczyna się faza postępowania administracyjnego. Należy więc przyjąć, że odwołanie składane w trybie art. 154 ust. 1 ustawy o świadczeniach, otwiera postępowanie administracyjne, do którego zastosowanie mają przepisy k.p.a., w zakresie niewyłączonym przez przepisy ustawy o świadczeniach. Jak stanowi art. 152 ustawy o świadczeniach i co wskazano powyżej, 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. Środki odwoławcze możliwe do uruchomienia w fazie nieadministracyjnej, wymieniono w art. 153, te zaś, z których można skorzystać w postępowaniu administracyjnym w art. 154. Celem procedury uruchamianej na podstawie art. 154 ustawy o świadczeniach, jest weryfikacja w postępowaniu administracyjnym, czy we wcześniejszej, nieadministracyjnej fazie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie doznał uszczerbku interes prawny podmiotu powołującego się na naruszenie zasad postępowania. Zatem zakres kontroli dokonywanej przez organ administracyjny jest ściśle związany z pojęciem uszczerbku interesu prawnego, powstałego na skutek naruszenia zasad postępowania. Przy czym zauważyć należy, że zasady postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są określone w przepisach ustawy o świadczeniach oraz w aktach Prezesa Funduszu, wydanych na podstawie art. 146 tej ustawy, co wskazano powyżej.

Uszczerbek w interesie prawnym uczestnika postępowania (świadczeniodawcy) w procedurze zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać spowodowany naruszeniem zasad postępowania przez podmiot prowadzący postępowanie, jeśli ma to wpływ na ocenę możliwości zawarcia umowy o świadczenie takich usług.

Przyjąć należy, że zadaniem organu, któremu powierzono przeprowadzenie postępowania administracyjnego jest ustalenie, czy postępowanie konkursowe przeprowadzone zostało zgodnie z przepisami prawa, z zachowaniem wyrażonej w art. 134 ustawy o świadczeniach, zasady równego traktowania świadczeniodawców w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Chodzi tu zatem nie tylko o kontrolę postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego uczestnika postępowania.

Na podstawie analizy akt sprawy stwierdzono, że rozstrzygnięcie przedmiotowego postępowania zostało dokonane w wyniku przeprowadzonego konkursu ofert, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach i warunkami postępowania.

Komisja podjęła działania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 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 oraz obowiązującą w Narodowym Funduszu Zdrowia Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zasady, według których prowadzone było postępowanie określone są wprost w ustawie o świadczeniach oraz aktach wykonawczych, w tym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 139 ust. 5 ustawy. Zasady te były znane wszystkim oferentom biorącym udział w postępowaniu, w tym Odwołującemu.

Odwołujący, a także pozostali Oferenci, w oświadczeniach załączonych do ofert, oświadczyli, iż zapoznali się z warunkami postępowania oraz z warunkami zawierania umów i nie zgłaszają do nich zastrzeżeń oraz, że przyjmują je do stosowania.

Komisja w ramach postępowania stosowała te same zasady i przepisy prawa wobec wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

Przedmiot zamówienia został opisany przez Zamawiającego w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Określenie przedmiotu zamówienia było zgodne z wymogami określonymi w art. 140 ust. 2 i 141 ustawy o świadczeniach.

Zgodnie z art. 134 ust. 2 ustawy wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępnione były wszystkim Świadczeniodawcom na tych samych zasadach. Dostępne

były na tablicach ogłoszeń w siedzibie Oddziału oraz na stronach internetowych Oddziału. Sposób udostępnienia materiałów umożliwił zapoznanie się z nimi przez obydwu oferentów.

Świadczeniodawca planujący uczestnictwo w konkursie ofert miał więc możliwość zapoznania się z kryteriami oceny ofert i uwzględnienia ich przy przygotowaniu oferty. Kryteria te są jawne, zostały opublikowane wraz z ogłoszeniem postępowania i nie podlegały zmianie w trakcie postępowania.

W odwołaniu Odwołujący wnosi o:

- 1) unieważnienie zaskarżonego rozstrzygnięcia postępowania, oraz
- 2) odrzucenie oferty złożonej przez Centrum Medyczne PROMEDICA spółka cywilna Piotr Compała Halina Compała-Kuśnierz, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz
- 3) przeprowadzenie ponownej oceny oferty Odwołującego i przyznanie ofercie Odwołującego dodatkowych 20 punktów w ramach kryterium, jakość: co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu.

Odwołujący wskazał, iż w przedmiotowym postępowaniu Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia naruszył następujące przepisy prawa:

- 4) art. 149 ust. 1 pkt 2 oraz art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez brak odrzucenia oferty złożonej przez Centrum Medyczne PROMEDICA spółka cywilna Piotr Compała Halina Compała-Kuśnierz z uwagi na nieprawdziwe informacje zawarte w tej ofercie, oraz dokonanie wyboru tej oferty;
- 5) art. 142 ust. 5 pkt 1 oraz art. 148 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, poprzez nieprawidłową ocenę oferty Odwołującego w zakresie kryterium jakość: co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, polegająca, na przyznaniu ofercie Odwołującego 0 pkt w tym zakresie zamiast 20 pkt, i w konsekwencji dokonanie wyboru ofert, które nie są najkorzystniejsze pod względem kryteriów wyboru ofert;
- 6) art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez prowadzenie postępowania w sposób naruszający równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także z naruszenie zasad uczciwej konkurencji, poprzez brak odrzucenia oferty złożonej przez Centrum Medyczne PROMEDICA spółka cywilna Piotr Compała Halina Compała-Kuśnierz oraz nieprawidłową ocenę oferty złożonej przez Odwołującego.

Odnosząc się do zarzutów podniesionych przez Odwołującego, stwierdzam, co następuje:

Odnosząc się do wniosku o unieważnienie zaskarżonego rozstrzygnięcia postępowania, należy wskazać, iż Odwołujący nie uzasadnił wniosku w tym zakresie, tj. nie wskazał okoliczności, które stanowiłyby podstawę do dokonania wymienionej czynności. Przepisy art. 150 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, (tekst jednolity: Dz.U.2016 poz. 1793 z późn. zm.) określają przesłanki unieważnienia postępowania, tj. gdy:

- 1) nie wpłynęła żadna oferta;
 - 2) wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 3) odrzucono wszystkie oferty;
 - 4) kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu;
 - 5) nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.
- Jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert.

Na ogłoszone postępowanie nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 wpłynęło 8 ofert w tym jedna oferta została odrzucona. Żadna ze złożonych ofert, w zakresie oferty wartościowej nie

przekroczyła kwoty przeznaczonej na finansowanie świadczeń w danym postępowaniu. Nie nastąpiła również zmiana okoliczności, która powodowałaby, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych.

Zważając na powyższe należy stwierdzić, iż nie zaistniała żadna z powyższych okoliczności, która uzasadniałaby unieważnienie prowadzonego postępowania nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

Odnosząc się do wniosku o odrzucenie oferty złożonej przez Centrum Medyczne PROMEDICA spółka cywilna Piotr Compała Halina Compała-Kuśnierz, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz przeprowadzenie ponownej oceny oferty Odwołującego i przyznanie ofercie Odwołującego dodatkowych 20 punktów w ramach kryterium, jakość: co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu, należy wskazać, iż proces kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia poddawany jest szczególnemu administracyjnoprawnemu nadzorowi. Zgodnie z art. 152 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. Przepis art. 153 ustawy umożliwia Oferentowi w toku postępowania złożenie protestu do komisji, natomiast art. 154 ustawy umożliwia wniesienie do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, po którym dyrektor wydaje decyzję administracyjną. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego funduszu Oferentowi przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, a w dalszej kolejności skarga do sądu administracyjnego.

Artykuł 154 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach, wskazuje, że 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.

W postępowaniu administracyjnym zadaniem Dyrektora Oddziału jest dokonanie kontroli postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod kątem ewentualnego naruszenia przepisów prawa, ale także zbadanie stanu faktycznego sprawy w takim zakresie, który mógł mieć wpływ na uszczerbek interesu prawnego uczestnika postępowania. Przyjmując, zatem powyższe i toczące się aktualnie postępowanie odwoławcze zważyć należy, iż Dyrektor Lubelskiego OW NFZ nie posiada uprawnień do odrzucenia oferty Centrum Medycznego PROMEDICA, spółka cywilna Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz oraz dokonywania ponownej oceny oferty Odwołującego się oraz przyznania Odwołującemu się dodatkowych 20 punktów za kryterium, jakość: co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu.

Powyższe czynności mogą być dokonywane jedynie w toku prowadzonego postępowania konkursowego (postępowanie zostało rozstrzygnięte 31.05.2017 r.) i zarezerwowane są dla Komisji Konkursowej prowadzącej postępowanie.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego, iż oferta Centrum Medycznego PROMEDICA, spółka cywilna Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz winna być odrzucona z uwagi na nieprawdziwe informacje zawarte w tej ofercie. W dalszej części odwołania Odwołujący się podnosi także, cyt.:”

W przypadku oferty złożonej przez Centrum Medyczne PROMEDICA spółka cywilna Piotr Compała Halina Compała-Kuśnierz, Odwołujący powziął informację, że Oferent ten nie dysponuje personelem - pielęgniarkami wykonującymi zawód w rejonie Białej Podlaskiej Świadczą o tym poszukiwania, które obecnie prowadzi ten Oferent w rejonie miasta Biała Podlaska, w celu nawiązania współpracy z pielęgniarkami świadczącymi usługi w tym rejonie i tym samym pozyskania personelu zdolnego do udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego konkursu. Takie działania tego Oferenta wskazują, iż osoby wymienione w ofercie złożonej przez ten podmiot, w rzeczywistości nie pozostają w gotowości do udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz są zaangażowane w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innym regionie Polski (w siedzibie Oferenta w Rzeszowie) i nie będą mogły udzielać świadczeń w ramach umowy zawartej po przeprowadzeniu niniejszego konkursu.

Powyższe jednoznacznie wskazuje, iż w ofercie złożonej przez ten podmiot zostały zawarte nieprawdziwe informacje dotyczące personelu - wskazano na osoby, które nie pozostają w gotowości do udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tym samym, oferta ta podlega odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Z uwagi na brak dostępu do oferty złożonej przez ten podmiot, nie jest możliwe przedstawienie bardziej szczegółowego wyводу w tym przedmiocie, jak również ustalenie, czy komisja dopełniła ciążącego na niej obowiązku szczegółowego zweryfikowania informacji podanych w ofercie złożonej przez ten podmiot, poprzez wezwanie do udokumentowania gotowości udzielania świadczeń od pierwszego dnia obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez każdą z osób wymienionych w wykazie”.

- należy wskazać, iż po ponownym zbadaniu złożonej oferty przez Centrum Medyczne PROMEDICA, spółka cywilna Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz pod kątem składnych zarzutów przez Odwołującego się ustalono następujący stan faktyczny:

Komisja pismem z 28.03.2017 r. wezwała Oferenta Centrum Medyczne PROMEDICA, spółka cywilna Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz do przedstawienia w terminie do dnia 7.04.2017 r dokumentów potwierdzających gotowość udzielania świadczeń od 1.07.2017 r przez personel wykazany w ofercie tj. umowy cywilnoprawne lub umowy o pracę lub też pisemne zobowiązanie się do zawarcia jednej z wymienionych umów z określeniem wymiaru czasu pracy oraz miejsca wykonywania usług zgodnego z miejscem wskazanym w ofercie. W dniu 7.04.2017 do Komisji Konkursowej wpłynęły 2 kopie umów przedwstępnych zawartych z zadeklarowanym personelem pielęgniarskim. Umowy zostały zawarte 31.01.2017 r., w umowach zawarto informacje na temat pełnego wymiaru czasu pracy, gotowości udzielania świadczeń od 1.07.2017 r., wskazano również miejsce udzielania świadczeń.

Dodać należy, iż zanim Komisja wezwała Oferenta do przedstawienia dokumentów, o których mowa powyżej, Oferent już przy złożeniu oferty złożył oświadczenie o zobowiązaniu się do zawarcia umów zasadniczych na świadczenia usług zdrowotnych z personelem wykazany w ofercie do konkursu ofert. Warunkując ich zawarcie uzyskaniem kontraktu przez Centrum Medyczne Promedica s.c. Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz z Lubelskim OW NFZ.

Wobec powyższych danych stwierdzić należy, iż nieuzasadniony jest zarzut Odwołującego dotyczący braku spełniania przez Centrum Medyczne PROMEDICA, spółka cywilna Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz warunku dotyczącego gotowości udzielania świadczeń. Tym bardziej niezrozumiałe wydaje się podnoszenie zarzutów przez Odwołującego przed zapoznaniem się z aktami postępowania w tym oferty Centrum Medyczne Promedica s.c. Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz.

Odnośnie wątpliwości Odwołującego dotyczącego poszukiwania personelu pielęgniarskiego po zakończeniu konkursu stwierdzić należy, iż działania te nie świadczą o nieprawidłowościach w ocenie oferty tego Oferenta podczas postępowania ani nie uprawnia do twierdzenia, iż pielęgniarki zadeklarowane do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez Centrum Medyczne PROMEDICA nie pozostają w gotowości do udzielania świadczeń od 1.07.2017 r

Podkreślić 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 informacje 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 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może rozwiązać umowę w części lub całości bez zachowania okresu wypowiedzenia.

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego naruszenia art. 142 ust. 5 pkt 1 oraz art. 148 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, poprzez nieprawidłową ocenę oferty Odwołującego w zakresie kryterium *Jakość: co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu*, polegająca, na przyznaniu ofercie Odwołującego 0 pkt w tym zakresie zamiast 20 pkt, i w konsekwencji dokonanie wyboru ofert, które nie są najkorzystniejsze pod względem kryteriów wyboru ofert, należy stwierdzić, iż Komisja pismem z dnia 28.03.2017 roku wezwała Odwołującego do złożenia wyjaśnień niezgodności w zakresie udzielonej odpowiedzi ankietowej z danymi zawartymi w ofercie:

Oferent udzielił odpowiedzi twierdzącej na pytanie:

- *Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu - co najmniej 50%*

W związku z tym, iż dane zawarte w ofercie nie potwierdziły tak udzielonej odpowiedzi, Komisja pisemnie poinformowała Odwołującego, iż wykazał tylko jedną pielęgniarkę, która pracuje w pełnym wymiarze czasu pracy, tj. 37,92 godzin tygodniowo co stanowi 20 % wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek. Nie został więc spełniony ww. warunek dodatkowy.

Komisja poinformowała Odwołującego o zmianie odpowiedzi ankietowej na NIE.

Zgodnie ze złożoną ofertą, Odwołujący zadeklarował następujący personel:

NR PRAWA wykonywania zawodu pielęgniarki	ILOŚĆ GODZIN PRACY TYG. WG OFERENTA
0100694P	37,00
0100258P	37,00
0100937P	37,00
0101900P	37,92
0100778P	15,00

łączy czas pracy	163,92
1 pielęgniarka- 1 pełny etat	37,92
udział % 1 etatu w łącznej licznie godzin pracy zadeklarowanych pielęgniarek	0,23

Po ponownym przeliczeniu udziału % godzin pracy pielęgniarek zadeklarowanych w wymiarze pełnego etatu w łącznym czasie pracy wszystkich pielęgniarek udział ten wynosi 23% , zatem nie spełnia kryterium *Jakości: dla Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu - co najmniej 25% oraz co najmniej 50%*.

Komisja nie dopuściła zmiany oferty w części dotyczącej czasu pracy zadeklarowanego potencjału do oferty. Dopuszczenie takiej możliwości stwarza, bowiem niebezpieczeństwo dopasowywania złożonej oferty do osiągnięcia określonej liczby punktów w przypadku stwierdzenia pomyłki.

W tym miejscu należy podkreślić, iż zgodnie z obowiązującym przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak i zarządzenia nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Oferent „Po upływie terminu składania ofert, jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania”.

Po upływie terminu składania ofert (w tym przypadku 16.02.2017 r.), Oferent nie może dokonywać zmian złożonej oferty, w tym przypadku zmian harmonogramu poprzez zwiększanie wymiaru czasu pracy zadeklarowanego personelu.

Powyższe działania Odwołującego są niezgodnie z obowiązującymi przepisami a przyjęcie ich przez Komisję Konkursową stanowiłoby naruszenie zasady równego traktowania Oferentów poprzez

niezapewnienie przez organ równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenie postępowania w sposób, który nie gwarantował zachowania uczciwej konkurencji oraz poprzez dokonanie oceny ofert według niejednorodnych dla wszystkich świadczeniodawców zasad określonych w przepisach prawa. Podstawa prawna art. 134 ustawy o świadczeniach.

Zwiększenie wymiaru zatrudnienia, dokonane już w toku postępowania konkursowego, nie mogło zostać przyjęte i uwzględnione przez Komisję, gdyż było w istocie równoznaczne z dopuszczeniem dokonywania oceny poszczególnych ofert na nierównych warunkach, bo według stanu na różne dni.

Odwołujący się podnosi także: cyt. „*Podkreślić trzeba, iż drobne pomyłki w ofertach nie mogą być postrzegane jako decydujące w ocenie oferty, nie można wywodzić z nich doniosłych konsekwencji faktycznych i prawnych. Harmonogram pracy personelu ma w przedmiotowym zakresie jedynie charakter uzupełniający, a przy tym może przecież ulec zmianie na etapie realizacji umowy, w związku z czym KK nr 11 nie miała żadnych podstaw do przypisania harmonogramowi znaczenia decydującego i dokonywania na jego podstawie samowolnej ingerencji w treść złożonych przez Oferenta oświadczeń.*”.

Trudno zgodzić się ze stanowiskiem Odwołującego, w szczególności dotyczącym harmonogramu czasu pracy, który w Jego ocenie ma jednie charakter uzupełniający, a przy tym może ulec zmianie.

W tym miejscu przypomnieć należy, iż w przypadku kontraktowania świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej harmonogram udzielania świadczeń ma bardzo istotne znaczenie i jest warunkiem koniecznym do realizacji świadczeń w przedmiotowym zakresie.

Minimalny standard udzielania świadczeń określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1658), których spełnianie umożliwia Oferentowi uczestnictwo w postępowaniu konkursowym. W przypadku nie spełniania wymagań podstawowych, taka oferta podlega odrzuceniu. Załącznik nr 4 do przywołanego rozporządzenia takie minimum określa, jako **”INNE WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH”**:

- 1) dostępność od poniedziałku do piątku w godzinach od 8;00 do 20;00
dostępność w soboty i dni ustawowo wolne od pracy – w medycznie uzasadnionych przypadkach;

Natomiast wymiar etatowy czasu pracy pielęgniarek jest warunkiem dodatkowo ocenianym, który Oferent może, ale nie musi spełniać. Decyzja w tym zakresie należy do Oferenta.

Kryterium jakości dla pytań: *Pielęgniarki udzielające świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu - co najmniej 25% lub co najmniej 50%* nie jest warunkiem wymaganym, lecz dodatkowo ocenianym a zgodnie z § 5 rozporządzenia kryterialnego: Oferent, który zadeklarował spełnianie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach

Nadto istotnym jest przytoczenie przepisów ustawy o świadczeniach, które wprost zobowiązują Oferenta do niezmienności złożonej oferty w szczególności warunków, które podlegały ocenie.

Art. 158.1 ustawy o świadczeniach: *Nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba, że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.*

Odnosząc się do zarzutu Odwołującego naruszenia art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez prowadzenie postępowania w sposób naruszający równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także z naruszenie zasad uczciwej konkurencji, poprzez brak odrzucenia oferty złożonej przez Centrum Medyczne PROMEDICA spółka cywilna Piotr Compała Halina Compała-Kuśnierz oraz nieprawidłową ocenę oferty złożonej przez Odwołującego,

należy wskazać, iż Komisja zobowiązana jest do przestrzegania przepisów prawa, w tym przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1372 z późn. zm.), w którym Minister Zdrowia w ramach przysługujących mu ustawowych kompetencji określonych w art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdefiniował poszczególne kryteria oceny ofert. Przedmiotowe kryteria zostały opublikowane wraz z ogłoszeniem postępowania i każdy Świadczeniodawca planujący uczestnictwo w konkursie ofert miał możliwość zapoznania się z przedmiotowymi kryteriami i uwzględnienia ich przy przygotowaniu oferty. Kryteria te są jawne i nie podlegały zmianie w toku postępowania.

Działania Komisji w zakresie oceny stanu faktycznego sprawy, w tym oferty Odwołującego, oraz dokonana weryfikacja i ocena działań podejmowanych w toku postępowania konkursowego potwierdza prawidłowość i legalność tych działań, skutkując jednocześnie uznaniem, że Komisja nie naruszyła w żadnym stopniu przepisów regulujących postępowanie w sprawie zawarcia umów. Komisja respektowała zasadę równego traktowania Oferentów przy ustalaniu rankingu świadczeniodawców dokonując pełnej weryfikacji oceny zarówno oferty Odwołującego się oraz ofert konkurencyjnych, pod względem zgodności z wymaganiami stawianymi Oferentom. Nie wykazano również, aby jakiegokolwiek działania Komisji powodowały uszczerbek w interesie prawnym Odwołującego. W trakcie przedmiotowego postępowania, Komisja zapewniła równe traktowanie wszystkich Oferentów ubiegających się o zawarcie umowy, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Z uwagi na powyższe, stwierdzić należy, że ww. zarzuty Odwołującego zostały sformułowane bezpodstawnie.

Ustawowym obowiązkiem Narodowego Funduszu Zdrowia, wynikającym z art. 134 ustawy o świadczeniach, jest prowadzenie postępowania konkursowego z zachowaniem zasad równego traktowania wszystkich Oferentów i w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wobec wszystkich Oferentów Komisja zastosowała te same zasady.

Tworzony w finalnej części postępowania ranking końcowy z natury rzeczy zawiera uszeregowanie wszystkich oferentów zweryfikowanych pod kątem tych samych, jednolitych kryteriów. Pozycja, która Oferent zajmuje zależy wyłącznie od złożonej oferty. Oferenci, zatem winni być świadomi warunków współuczestnictwa w konkursie ofert, które to oparte jest na zasadach konkurencyjności rywalizacji.

Uczestnictwo w postępowaniu konkursowym jest procedurą o charakterze konkurencyjno-eliminacyjnym, zaś to, czy oferta danego Oferenta będzie konkurencyjna w stosunku do innych uczestników postępowania zależy wyłącznie od jej treści. Konkurs zawsze niesie za sobą element ryzyka i niewiadome jego rozstrzygnięcia. Na podstawie ustawy rola Funduszu sprowadza się do zbierania ofert świadczeniodawców, a następnie wynegocjowania z nimi odpowiedniej ceny i liczby świadczeń, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. Jednocześnie, jeżeli część Oferentów spełnia oczekiwane warunki cenowo - ilościowe i warunki te mieszczą się w przedmiocie zamówienia, to wybór ofert odbywa się na zasadach konkurencyjnych, a oferty z niewystarczającą ilością punktów oceny nie zostają zakwalifikowane do zawarcia umowy. Zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy 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 (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, cena). Zadaniem komisji konkursowej jest przeprowadzenie konkursu w oparciu o obowiązujące przepisy. Spełnienie wszystkich wymaganych warunków przez Oferenta nie skutkuje automatycznie wyborem jego oferty, a jedynie umożliwia dokonanie oceny i porównanie tej oferty z innymi. Komisja jest zobowiązana do wzięcia pod uwagę wszystkich kryteriów konkursu.

Konkurs ofert jest trybem konkurencyjnym i nie stanowi gwarancji przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla dotychczasowych świadczeniodawców. Do zawarcia umowy Komisja wybiera oferty w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym, aż do wyczerpania łącznej wartości zamówienia, określonej w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym. Świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej są zabezpieczane zgodnie z planem zakupu, w ramach określonych obszarów kontraktowania.

Należy nadmienić, iż zgodnie z art. 29 ustawy o świadczeniach Świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dlatego świadczeniobiorcy będą mogli korzystać ze świadczeń w przedmiotowym zakresie u innych świadczeniodawców, z którymi zostaną zawarte umowy na świadczenia w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej.

Odwołanie, stosownie do art. 152 ust. 1 oraz art. 154 ust. 1 ustawy o *świadczeniach* przysługuje Świadczeniodawcy, biorącemu udział w postępowaniu, jeżeli jego interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z tym, odwołanie podlega uwzględnieniu, gdy stwierdzony zostanie uszczerbek w interesie prawnym Świadczeniodawcy, będący wynikiem naruszenia zasad przeprowadzania postępowania. Organ rozpoznający odwołanie bada, czy rozstrzygnięcie postępowania dokonane przez Komisję Konkursową nr 11 zostało podjęte z naruszeniem zasad postępowania i czy wskutek tego doszło do naruszenia interesu prawnego Odwołującego się, przy czym dla uwzględnienia odwołania obie te przesłanki muszą wystąpić łącznie.

Ponowna analiza postępowania konkursowego potwierdza jego przeprowadzenie zgodnie z przepisami prawa oraz przestrzeganie zasad w nich zawartych jednakowo w stosunku do wszystkich Oferentów biorących w postępowaniu konkursowym, gdyż nie miało miejsca naruszenie art. 134 ust.1 ustawy o świadczeniach. Zostały zachowane zasady równego traktowania Oferentów zarówno w zakresie ogłoszenia jak i przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie *świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej*. W związku z powyższym, że nie zostały naruszone obowiązujące zasady przeprowadzenia przedmiotowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a działania *Komisji Konkursowej nr 11* było zgodne z prawem, stwierdzić należy, że interes prawny *Odwołującego* nie doznał uszczerbku, o którym mowa w art. 152 ust.1 *ustawy o świadczeniach*. Stwierdzić należy, iż Oferentom zostały stworzone jednakowe szanse przez równe ich traktowanie, zagwarantowanie uczciwej konkurencji, jawności, niezmienności kryteriów oceny ofert i wymagań w toku postępowania. Ocena ofert została dokonana według jednolitych dla wszystkich świadczeniodawców zasad określonych w przepisach prawa. Oferenci otrzymali pełną i przejrzystą informację, co do sposobu wyłaniania świadczeniodawców, poznali szczegółową punktację z podziałem na konkretne składowe oceny oferty. Oferta *Odwołującego* nie została wybrana ze względu na zdobytą pozycję w rankingu końcowym. Nie była ona przedmiotem uznaniowym decyzji Komisji Konkursowej, co oznacza, że Komisja Konkursowa nie naruszyła zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogłyby spowodować uszczerbek w interesie prawnym wnioskodawcy.

Wobec dokonanej oceny postępowania konkursowego i czynności podjętych przez Komisję, stwierdzić należy, że odwołanie złożone przez *Odwołującego* nie zasługuje na uwzględnienie.

Reasumując, działania Komisji w zakresie oceny stanu faktycznego sprawy, w tym oferty *Odwołującego*, oraz dokonana weryfikacja i ocena działań podejmowanych w toku postępowania Nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 potwierdza prawidłowość i legalność tych działań, skutkując jednocześnie uznaniem, że Komisja nie naruszyła w żadnym stopniu przepisów regulujących postępowanie w sprawie zawarcia umów.

Nie wykazano również, aby jakiegokolwiek działania Komisji powodowały uszczerbek w interesie prawnym *Odwołującego*. W trakcie przedmiotowego postępowania Komisja zapewniła równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Odwołujący się oferent w niniejszej sprawie nie wykazał *gravamen*, czyli uszczerbku w interesie prawnym, który nastąpiłby w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania konkursu ofert. Przedstawione przez *Odwołującego* uzasadnienie odwołania nie wyczerpuje powyższej zasady.

Z uwagi na fakt, że nie zostały naruszone obowiązujące zasady przeprowadzenia przedmiotowego postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a działania Komisji było zgodne z prawem, stwierdzić należy, że interes prawny *Odwołującego* nie

doznał uszczerbku, o którym mowa w art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Wobec tego, brak jest podstaw prawnych do uwzględnienia żądania Odwołującego.

Pouczenie

Od niniejszej decyzji przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy złożony do Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 7 dni od dnia doręczenia niniejszej decyzji.

Jeżeli strona nie chce skorzystać z prawa do zwrócenia się z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy, może wnieść do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Lublinie skargę na niniejszą decyzję w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie.

Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wpis od skargi wynosi 200 złotych. Stronie, na jej wniosek, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego).

Z up. Dyrektora Oddziału
Z-ca Dyrektora ds. Medycznych
Dorota Biechar

Otrzymują:

1. Odwołujący.
2. Podmioty na prawach stron/Świadczeniodawcy wybrani do realizacji umów w postępowaniu nr 03-17-000083/SPO/14/1/14.2142.026.04/01:
 1. BARBARA SOĆKO PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ POD NAZWĄ NZOZ "SENIO- VITA" ZESPÓŁ DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ SOĆKO BARBARA, 21-500 BIAŁA PODLASKA, ul. WARSZAWSKA 14/202
 2. CENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR COMPAŁA HALINA COMPAŁA-KUŚNIERZ, 35-073 RZESZÓW, ul. PLAC WOLNOŚCI 17
 3. NZOZ OŚRODEK MEDYCZYNY SZKOLNEJ I OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ W DOMU CHOREGO "VITA" JOLANTA LADKO, BARBARA KARGUL S.C., 21-500 BIAŁA PODLASKA, ul. PARKOWA 11
 4. PIEŁĘGNIARSKA OPIEKA DOMOWA S.C. JADWIGA ELŻBIETA KOCHAŃSKA, MARIANNA CZARKOWSKA, ANNA MENDRYCKA, 17-300 SIEMIATYCZE, ul. KS. PIOTRA ŚCIEGIENNEGO 2B
 5. PRZEDSIĘBIORSTWO HANDLOWE "KALMAR" WIOLETTA TOŁWIŃSKA-SALA, 17-300 SIEMIATYCZE, ul. JULIUSZA SŁOWACKIEGO 26
 6. S.C. JADWIGA LATUSEK BOŻENA KORSZEŃ, 21-500 BIAŁA PODLASKA, ul. ARTYLERYJSKA 7
3. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej.
4. a.a WO.

