

znak: **DP.422.6.2020**
2020.39160.ANA

Warszawa, dnia 28 lutego 2020 r.

Odwołujący:Domowa Opieka Medyczna DO-MED sp. z o.o.
ul. Trakt Lubelski 140/14/4
04-790 Warszawa**Strony postępowania:**1. Centrum Medyczne Białoleka sp. z o.o.
ul. Cyprysowa 4
05-850 Szeligi2. Centrum Medyczne Promedica spółka cywilna:
Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz
ul. Plac Wolności 17
35-073 Rzeszów**DECYZJA NR 6/2020/ODW**

Na podstawie art. 154 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) [dalej jako ustawa] w zw. z art. 104 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256) [dalej jako k.p.a.]:

ODD A L A M

odwołanie Domowa Opieka Medyczna DO-MED sp. z o.o. (ul. Trakt Lubelski 140/14/4, 04-790 Warszawa) [dalej jako Odwołujący] od rozstrzygnięcia postępowania nr 07-20-000058/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki z siedzibą w Warszawie w trybie konkursu ofert w rodzaju świadczenia

pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej.

UZASADNIENIE

1. Zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia [dalej jako Funduszu] 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 ustawy.

W myśl art. 154 ust. 1, 2 i 3 ustawy, 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. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Po rozpatrzeniu odwołania Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie.

Stroną postępowania, o którym mowa w art. 154 ust. 1-3 ustawy jest świadczeniodawca, który złożył odwołanie oraz świadczeniodawcy, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy, w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.

2. W dniu 21 stycznia 2020 r. Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosił postępowanie nr 07-20-000058/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki

z siedzibą w Warszawie [dalej jako Mazowiecki OW NFZ] w trybie konkursu ofert w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej na okres od dnia 1 marca 2020 r. do dnia 30 czerwca 2020 r., wskazując na możliwość zawarcia maksymalnie dwóch umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po przeprowadzeniu postępowania.

Wartość postępowania wynosiła 110 092,80 PLN na okres rozliczeniowy od 1 marca 2020 r. do 30 czerwca 2020 r.

Odwołujący złożył ofertę z zachowaniem terminu określonego w ogłoszeniu o postępowaniu.

Komisja konkursowa dokonała analizy złożonych ofert, pod kątem spełnienia przez oferentów wymogów koniecznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.) [zwanym rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych] oraz kryteriów określonych w 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. 2016 poz. 1372, z późn. zm.), [zwanym rozporządzeniem kryterialnym], tj. jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości oraz ceny.

W wyniku rozstrzygnięcia postępowania w dniu 14 lutego 2020 r. do udzielania świadczeń wybranych zostało dwóch świadczeniodawców, zgodnie z wyznaczonymi przez ilość otrzymanych punktów miejscami w rankingu końcowym. W wyniku rozstrzygnięcia postępowania oferta Odwołującego zajęła trzecie miejsce, tym samym nie została wybrana do udzielania świadczeń. Ranking końcowy postępowania został przedstawiony w załączniku do decyzji.

W dniu 24 lutego 2020 r. do Mazowieckiego OW NFZ wpłynęło odwołanie złożone przez Odwołującego. Tym samym odwołanie należy uznać za złożone w terminie.

We wniesionym środku odwoławczym Odwołujący w ramach realizacji prawa do wniesienia odwołania zarzucił naruszenie:

1. art. 148 ust. 1 pkt 1 ustawy w zw. z załącznikiem nr 6 w pkt 7 do rozporządzenia kryterialnego, w części dotyczącej kryterium dostępności w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej, poprzez nieprawidłowe porównanie ofert, będące wynikiem błędnej wykładni i niewłaściwego zastosowania przepisów

określających „oceniane warunki” zawarte w załączniku nr 6 tabela nr 1 pkt 7 lp. II w ppkt 1.1. ppkt 1.2. oraz ppkt 1.3. oraz w lp. III ppkt 1.1. do ww. rozporządzenia;

2. art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy w zw. z załącznikiem nr 6 tabela nr 1 pkt 7 do rozporządzenia kryterialnego, poprzez niewybranie w części niejawnej konkursu oferty Odwołującego, która w jego opinii była co najmniej równie korzystna jak oferta z pozycji 2 rankingu końcowego, pod względem kryteriów wyboru ofert określonych w art. 148 ust. 1 ustawy;
3. art. 134 ust. 1 ustawy poprzez niezapewnienie równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzenie postępowania w sposób niegwarantujący zachowania uczciwej konkurencji.

W oparciu o wskazane powyżej zarzuty Odwołujący podniósł, że nie zgadza się z rozstrzygnięciem konkursu i wniósł o uwzględnienie odwołania oraz zmianę oceny oferty, bądź obniżenie wartości punktowej Oferentów, którzy zostali wybrani do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, bądź podwyższenie wartości punktowej oferty Odwołującego i wybranie jego oferty, zgodnie z wytycznymi wskazanymi w odwołaniu.

Odwołujący, zgodnie z art. 10 k.p.a. został poinformowany o możliwości wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

3. W ocenie Dyrektora Mazowieckiego OW NFZ, odwołanie wniesione przez Odwołującego nie zasługuje na uwzględnienie.

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, co kształtuje sposób postępowania w przypadku wniesienia środka odwoławczego (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 24 marca 2009 r., sygn. VII SA/Wa 2012/08). Poza ustaleniem samego faktu naruszenia zasad postępowania organ rozpoznający środek odwoławczy zobowiązany jest do dokonania wnikliwej oceny, czy i w jakim zakresie naruszenie to realnie spowodowało doznanie uszczerbku w interesie prawnym podmiotu. Skuteczne wniesienie odwołania jest zatem ściśle uzależnione od związku

przyczynowo – skutkowego pomiędzy naruszeniem zasad postępowania a uszczerbkiem w interesie prawnym świadczeniodawcy.

Należy zauważyć, że pojęcie strony i interesu prawnego może być wyprowadzone tylko z przepisów prawa materialnego, a wręcz, że ma on wprost charakter materialnoprawny (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 września z 2001 r., sygn. akt: 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, umożliwiając wybór oferty lub większej liczby ofert, które zapewniają ciągłość i jakość udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich kompleksowość oraz dostępność, jak też przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia. 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.

Zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Ponadto 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 udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Sposób wykładni powyższego przepisu został trafnie zaprezentowany w wyroku WSA z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie o sygn. akt: VI SA/Wa 1885/17 w następującym brzmieniu: „Zasada równego traktowania świadczeniodawców przejawia się w stosowaniu tych samych kryteriów do wszystkich świadczeniodawców biorących udział w danym postępowaniu. Naruszeniem tej zasady byłoby stosowanie w danym postępowaniu w stosunku do niektórych świadczeniodawców dodatkowych kryteriów, względnie wyłączenie stosowania określonych kryteriów wobec niektórych świadczeniodawców”. Powyższy sposób realizacji standardu równego traktowania został w pełni zrealizowany w toku prowadzonego postępowania, w tym przede wszystkim w toku weryfikacji ofert.

W trakcie postępowania dokonano oceny ofert w oparciu o jednolite przepisy rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych i kolejno w oparciu o kryteria oceny ofert dla wszystkich świadczeniodawców określone w rozporządzeniu kryterialnym.

Należy wyjaśnić, że metodyka wyliczenia punktów składających się na ocenę zawartą w rankingu powstaje przy pomocy systemu informatycznego w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny. Powyższe narzędzie informatyczne służące do wyliczenia punktacji dokonuje go na podstawie danych przekazanych w ofercie przez biorących udział w postępowaniu świadczeniodawców. Uprawnione jest zatem twierdzenie, że to sam oferent kształtując swoją ofertę, determinuje ilość punktów, które uzyska w omawianym tu rankingu końcowym. Podkreślenia wymaga, że postulat równego traktowania oferentów o którym mowa w art. 134 ustawy, jest tutaj realizowany poprzez fakt jednolitego zastosowania powyższego narzędzia informatycznego służącego do sporządzenia rankingów. Powyższe oznacza, że odpowiedzi udzielane na pytania ofertowe przez oferentów oraz poszczególne składowe oferty, skutkują taką samą ilością punktów w przypadku wyliczenia punktacji dla każdej oferty. Zestawienie powyższej punktacji składa się na ranking końcowy. Umowy zawierane są z tymi oferentami którzy w rankingu końcowym otrzymali największą liczbę punktów, przy uwzględnieniu maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ogłoszeniu o postępowaniu.

Oferta Odwołującego została sklasyfikowana na trzeciej, ostatniej pozycji rankingu końcowego, uzyskując łącznie 61,5 pkt - 2,5 pkt za ofertę cenową, 59 pkt za jakość, 0 pkt za kompleksowość, 0 pkt za dostępność, 0 pkt za ciągłość, 0 pkt za inne warunki określone w rozporządzeniu kryterialnym. Odwołujący uzyskał, z perspektywy wspólnej kryteriów cenowych i nie cenowych 61,5 pkt, podczas gdy oferenci, którzy zostali wybrani do realizacji umowy uzyskali kolejno 77 pkt – na pierwszym miejscu i 67,5 pkt – na drugim miejscu. Powyższe uzasadnia twierdzenie, że zróżnicowanie punktacji pomiędzy ofertą Odwołującego, a wybranego Oferenta do realizacji umowy z pierwszej pozycji rankingu końcowego ma charakter radykalny i wynosi 15,5 pkt, natomiast oferta z drugiej pozycji rankingu końcowego – 67,5 pkt, co stanowi istotny argument przemawiający za słusznością rozstrzygnięcia postępowania oraz przyjętego w niniejszej decyzji kierunku rozstrzygnięcia. Pozycja w rankingu, na której znalazł się Odwołujący, była bezpośrednim powodem niewybrania oferty Odwołującego. Uzasadnione jest zatem twierdzenie, że bezpośrednią przyczyną niewybrania oferty Odwołującego do realizacji umowy była zbyt niska liczba punktów. Niewątpliwie dokonywanie rozstrzygnięcia, w ramach którego wyłoniony do realizacji umowy byłby oferent, który uzyskał najniższą wartość punktów w rankingu

końcowym, odbierałby wynikowi postępowania cechy racjonalności i załamywałoby powyżej wyrażoną regułę równego traktowania oferentów.

Komisja konkursowa, w oparciu o dokonaną ocenę oraz sporządzony na tej podstawie ranking końcowy dokonała wyboru ofert najkorzystniejszych pod względem kryteriów wyboru określonych w art. 148 ust. 1 ustawy, które uplasowały się na najwyższych pozycjach w rankingu końcowym.

Ponadto, w niniejszym postępowaniu Komisja konkursowa zapewniła wszystkim oferentom, w tym Odwołującemu zachowanie zasad uczciwej konkurencji i równo traktowała wszystkich Oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym. Oferty złożone przez świadczeniodawców oceniane były w sposób jednakowy, pod kątem spełnienia warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych, jak również kryteriów dodatkowo ocenianych określonych w rozporządzeniu kryterialnym.

W kontekście powyższego należy przyjąć, że to właśnie zastosowanie reguły równego traktowania oferentów stanowiło podstawę rozróżnienia oferentów i dokonania wyboru najbardziej wartościowej oferty, tym bardziej, że w ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert przywidziano zawarcie maksymalnie dwóch umów.

Na podstawie art. 134 ustawy *Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszelkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej udostępniane są świadczeniodawcom na takich samych zasadach.* W niniejszym postępowaniu Komisja konkursowa zapewniła wszystkim Oferentom, w tym Odwołującemu zachowanie zasad uczciwej konkurencji. Postępowanie konkursowe jest postępowaniem otwartym, każdy świadczeniodawca może złożyć ofertę na dane postępowanie, przy czym sam tę ofertę kreuje, w oparciu o warunki wskazane w ogłoszeniu o postępowaniu. Świadczeniodawca chcący złożyć ofertę na dane postępowanie zobowiązany jest do zapoznania się z przepisami prawa, które w sposób oczywisty wskazują na wymogi jakie musi spełniać, by jego oferta została zakwalifikowana do danego postępowania, a więc musi spełniać warunki konieczne, w przeciwnym wypadku jego oferta zostanie przez Komisję konkursową odrzucona. Warunku te zostały określone w rozporządzeniu koszykowym oraz w zarządzeniach Prezesa Funduszu.

W przypadku, gdy oferta spełnia warunki obligatoryjne, zostaje ona poddana ocenie pod względem spełniania warunków dodatkowych, określonych w rozporządzeniu kryterialnym, dodatkowo ocenianych. Suma tych punktów jest odzwierciedlana w rankingu końcowym. Kryteria rankingujące są takie same dla wszystkich Oferentów. Komisja konkursowa w niniejszym postępowaniu stosowała takie same kryteria, określone przez przepisy prawa w stosunku do każdego Oferenta z osobna, w tym m.in. w stosunku do Odwołującego. Zarzut naruszenia zasady równego traktowania i zasad uczciwej konkurencji jest w pełni niezasadny.

Fakt nieprzyznania punktów niektórym Oferentom nie jest przejawem naruszenia dyrektywy równego traktowania, bowiem to Oferent kreując swoją ofertę sam decyduje, jakie informacje zostaną w niej zawarte. Komisja konkursowa ocenia prawdziwość tych informacji i jeżeli stwierdza, iż informacja ta jest niezgodna ze stanem rzeczywistym wówczas podejmuje decyzję w przedmiocie odebrania oferentowi punktów.

Ranking końcowy który ukazuje pozycję, którą zajął Odwołujący został sporządzony wedle ustawowych kryteriów, o których mowa w art. 148 ustawy.

Oferta Odwołującego nie została wybrana, gdyż do postępowania zostały złożone oferty, które uzyskały wyższą ocenę punktową i jako korzystniejsze zostały wybrane w celu zawarcia umowy.

Zarzut Odwołującego, dotyczący nieprawidłowego porównania ofert w toku postępowania w zakresie kryterium dostępności i ciągłości, będącego wynikiem błędnej wykładni, należy uznać za bezzasadny. Odwołujący twierdzi, iż Komisja konkursowa błędnie zinterpretowała przepisy o dostępności i ciągłości znajdujące się w załączniku nr 6 do rozporządzenia kryterialnego w tabeli nr 1, pkt 7 - przedmiot postępowania: Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, lp. II ppkt 1.1., 1.2, 1.3 oraz lp. III ppkt 1.1., utożsamiając się z twierdzeniem, iż powyższe zawężało badania dostępności do obszaru postępowania. Odwołujący słusznie podkreśla, iż ww. przepisy nie wskazują wprost, że oceniane warunki dotyczą obszaru, dla którego prowadzony jest konkurs ofert.

Odwołujący podnosi również, iż ze względu na niejednoznaczność przepisów i brak możliwości ustalenia norm prawnych wyłącznie w oparciu o wykładnię gramatyczną, należy dokonać wykładni systemowej i logicznej, a zasada ta obowiązywałaby w tym przypadku, gdyby brak było możliwości dokonania wykładni gramatycznej, a taka sytuacja nie ma miejsca, o czym mowa poniżej.

Na początku należy przede wszystkim zaznaczyć, że interpretacja przepisów prawnych może prowadzić do różnych wniosków w zależności od rodzaju zastosowanej wykładni. Prawidłowa wykładnia przepisu prawnego bądź normy prawnej polega na podjęciu określonych czynności w celu ustalenia znaczenia i zakresu wyrażeń języka. Ustawodawca kształtując powyższe przepisy, określone w rozporządzeniu kryterialnym, dotyczące dostępności i ciągłości udzielanych świadczeń w sposób jednoznaczny wskazał i sformułował wobec konkretnych warunków zakres i obszar, którego dotyczyć ma ich realizacja.

Biorąc powyższe pod uwagę, aby odnieść się do wykładni przepisu dotyczącego kryterium dostępności, w załączniku nr 6 do rozporządzenia kryterialnego, określonych w tabeli nr 1, pkt 7 - przedmiot postępowania: *Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, lp. II ppkt 1.1. tj. „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.”* należy nadmienić, iż w powyższym przepisie ustawodawca w sposób świadomy i racjonalny nie wskazał zakresu udzielania świadczeń, jak również obszaru, na jakim powinny być udzielone te świadczenia. Jednoznacznym jest, że gdyby powyższy przepis miał określać zakres, bądź obszar, to byłby on wskazany, podobnie jak w ppkt 1.2. i 1.3. tego samego przepisu: *„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%.”* oraz *„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%.”*

Nie można dokonywać swobodnej interpretacji przepisu wskazanego w rozporządzeniu kryterialnym, jak również zawęzać jego treści na korzyść strony w postępowaniu konkursowym. Ocena i interpretacja spełnienia powyższego warunku nie może być oderwana od ogólne przyjętych norm. Odwołujący nie powinien interpretować przepisów wyłącznie w takim kierunku, w jakim jest to korzystne dla jego rozstrzygnięcia. Prawidłowa wykładnia powyższych przepisów, jak również ich interpretacja nie może opierać się na warunku jaki w danym przepisie nie został wskazany. W ww. przepisach wskazane jest wprost, w ramach

których kryteriów ustawodawca chciał zawęzić pozytywną ocenę spełniania warunku i wskazać na dany zakres bądź obszar udzielania świadczeń, a w których nie.

Jednocześnie należy nadmienić, iż pytania ankietowe również nie zawężyły badania kryterium dostępności do obszaru postępowania, stąd Komisja konkursowa sprawdzając odpowiedź twierdzącą danego Oferenta, na podstawie danych znajdujących się w systemie informatycznym badała historię realizacji świadczeń w województwie mazowieckim (bez ograniczania do obszaru powiatu warszawskiego zachodniego, gdzie żaden oferent nie udzielał wcześniej świadczeń). Nie było zatem uzasadnienia do zdjęcia punktów w obu wybranych ofertach, ani tym bardziej dodawania punktów w przypadku Odwołującego, który nie udzielił twierdzącej odpowiedzi na pytania ankietowe dotyczące dostępności. Każdy z Oferentów realizował świadczenia w zakresie, którego dotyczy postępowanie, ale Odwołujący nie udzielił odpowiedzi twierdzących, co nie dało podstaw do badania jego dotychczasowej historii realizacji świadczeń. Ogłoszenie o postępowaniu zawierało wszelkie wymagane przepisami informacje. Wbrew opinii Odwołującego Komisja konkursowa nie ma obowiązku informowania pozostałych oferentów o zdjęciu punktów ankietowych u innych oferentów, a także udzielać dodatkowych informacji w sprawie warunków jedynie niektórym Oferentom. Wszelkie informacje i przepisy regulujące postępowanie ujawnione są w publicznym ogłoszeniu postępowania, a więc w sposób jednakowy dla wszystkich.

Przykładem, gdzie Komisja konkursowa winna zastosować ograniczenie co do zakresu i obszaru udzielania świadczeń jest pytanie ankietowe dotyczące ciągłości, określone w pkt od 3.1.2. do 3.1.3. ankiety składanej w ofertach, które zawiera w swojej treści: „*W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie (...)*”. Tym samym Komisja konkursowa nie miała uprawnień do zawężania innych pytań ankietowych do obszaru czy też zakresu udzielania świadczeń, którego dotyczy postępowanie.

W tym miejscu należy również przytoczyć przepis regulujący kwestie ciągłości, zawarty w załączniku nr 6 do rozporządzenia kryterialnego, w tabeli nr 1, pkt 7 - przedmiot postępowania: *Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, lp. III, który brzmi: „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.”*, w którym nie został wykazany zakres i obszar wykonywania świadczeń. Oferent znajdujący się na pierwszym miejscu rankingu końcowego: Centrum Medyczne Promedica spółka cywilna: Piotr Compała, Halina Compała-Kuśnierz (35-073 Rzeszów, ul. Plac Wolności

17) uzyskał 7 pkt za kryterium ciągłości, gdyż wbrew twierdzeniom Odwołującego, ww. Oferent udzielał świadczeń w ramach pielęgniarstwa długoterminowego. Powyższy przepis nie wskazywał ograniczeń co do zakresu jak i obszaru wykonywania świadczeń, w związku z tym Komisja konkursowa mogła przyznać Oferentowi 7 pkt.

Dodatkowo należy wskazać, iż w załączniku nr 6 do rozporządzenia kryterialnego, w tabeli nr 2 – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – część wspólna, IV. Ciągłość, lp. od 1 do 3, jak również w pytaniu ankietowym dotyczącym ciągłości (od 3.1.2. do 3.1.3) we wszystkich podpunktach wskazane jest stwierdzenie: „(...) w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”, co jest kolejnym dowodem na to, iż ustawodawca kształtując powyższe przepisy dotyczące zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, w sytuacjach, w których chciał ograniczyć zakres, bądź obszar udzielania świadczeń doprecyzował przepis w sposób jednoznaczny.

Nawiązując do pisma uzupełniającego Odwołującego, które wpłynęło do Mazowieckiego OW NFZ w dniu 26 lutego 2020 r., zawierającego stanowisko Departamentu Systemu Zdrowia, stanowiące odpowiedź na pismo Odwołującego, które nie zostało załączone do niniejszej korespondencji, uprzejmie informuję, iż w chwili rozstrzygnięcia niniejszego konkursu Komisja konkursowa nie dysponowała, ww. załączonym stanowiskiem, wyrażonym przez Dyrektora Departamentu Systemu Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia.

Nie mniej jednak, przyjmując do wiadomości pogląd zawarty w niniejszym piśmie w kwestii interpretacji przepisu określonego w załączniku nr 6 do rozporządzenia kryterialnego, w tabeli nr 1, pkt 7 - przedmiot postępowania: Pielęgniarstwo długoterminowe domowe, lp. II pkt 1.1., lp. III pkt 1.1, Komisja konkursowa prawidłowo dokonała wykładni niniejszych przepisów, w związku z którymi udzielono odpowiedzi na pytania ankietowe: Dostępność 1.1, Ciągłość 3.1.1. W tych pytaniach ankietowych nie wskazano zakresu jak i obszaru wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej, inaczej niż w pytaniach ankietowych określonych w: Dostępność 1.3. i 1.4. oraz Ciągłość 3.1.2., 3.1.3. i 3.1.3., precyzujących warunki.

Wobec powyższego, w sytuacji gdy Odwołujący nie zaznaczył w ankiecie odpowiedzi twierdzącej, to tym samym, jak wskazano wcześniej nie było podstaw do przypisania niniejszej ofercie dodatkowych punktów za spełnienie powyższego kryterium.

Działanie Komisji konkursowej, która nie przyznała ofercie dodatkowej punktacji, w związku z brakiem twierdzącej odpowiedzi w ankiecie, było legalne, racjonalne i stanowiło

realizację postulatu równego traktowania oferentów. Komisja konkursowa w toku postępowania zastosowała wobec wszystkich przyjętych do konkursu ofert takie same kryteria oceny.

Jak stanowi fragment złączonego stanowiska Departamentu Systemu Zdrowia: „(...) *Jednocześnie Departament Zdrowia informuje, iż ostateczne rozstrzygnięcie w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podejmuje komisja konkursowa, która została powołana w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie stanu faktycznego sprawy (tj. złożonej oferty przez świadczeniodawcę)(...).*”

4. Ostatecznie należy wskazać, że Komisja konkursowa dokonała oceny ofert w postępowaniu w sposób rzetelny z uwzględnieniem wszystkich dyrektyw określonych w rozporządzeniu koszykowym oraz kryterialnym, natomiast fakt, że wynik przeprowadzonego postępowania nie odzwierciedla oczekiwań Odwołującego nie stanowi o zasadności wniesionego środka odwoławczego.

Reasumując należy stwierdzić Komisja konkursowa prowadząc postępowanie z zachowaniem reguł, określonych w przepisach prawa, dokonała prawidłowo rozstrzygnięcia postępowania, dlatego też nie można stwierdzić naruszenia interesu prawnego Odwołującego.

Mając powyższe na uwadze Dyrektor Mazowieckiego OW NFZ uważa, iż zarzuty podniesione w odwołaniu złożonym przez Odwołującego nie zasługują na uwzględnienie.

W konsekwencji brak jest podstaw do uwzględnienia odwołania wniesionego przez Odwołującego.

Wobec powyższego postanowiono jak w sentencji.

Pouczenie

Na podstawie art. 154 ust. 4 i 5 ustawy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) od decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy składa się do Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w terminie 7 dni od dnia otrzymania decyzji Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Strona może wnieść skargę na decyzję Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w terminie 30 dni od dnia doręczenia decyzji stronie, bez możliwości skorzystania z prawa do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Skargę wnosi się za pośrednictwem Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Skarga podlega opłacie sądowej, wpis od skargi wynosi 200 złotych. Opłatę sądową uiszcza się gotówką do kasy sądu lub na rachunek bankowy sądu. Stronie, na jej wniosek złożony przed wszczęciem postępowania lub w toku postępowania, może być przyznane prawo pomocy (tj. zwolnienie od kosztów sądowych

oraz ustanowienie adwokata, radcy prawnego, doradcy podatkowego). Wniosek wolny jest od opłat sądowych. Termin do złożenia skargi uważa się za zachowany także wtedy, gdy przed jego upływem strona wniosła skargę wprost do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

p.o. DYREKTORA
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Michał Dziągiewski

KONKURS OFERT NA ROK 2020	DATA: 2020-02-14
NAZWA RODZAJU ŚWIADCZEŃ: ŚWIADCZENIA PIELĘGNIACZYNE I OPIEKUŃCZE	KOD POSTĘPOWANIA: 07-20-000058/SPO/14/1/4.2/142.026.04/01
NAZWA ZAKRESU: ŚWIADCZENIA W PIELĘGNIARSKIEJ OPIECE DŁGOTERMINOWEJ DOMOWEJ	

Ranking końcowy (małącgo wg łącznej liczby punktów oceny****)

Pozycja oferty w rankingu	Nr oferty	Nazwa oferenta	Adres oferenta	Adres siedziby przedsiębiorstwa wykonawcy	Liczba świadczeń (jedn. pomiaru)		Cena jednostk. (zł)	Wartość świadczeń (zł)		Funkcja za ofertę cenową	Ocena oferty								
					w ofercie	maksymalnego		w ofercie	maksymalnego		Jakość	Punkcja z tytułu posiadanych świadczeń		Punkcja z tytułu pozostałych kryteriów			Łączna liczba punktów oceny	Status oferty	Dostępność świadczeń
												5	6	7	8	9			
1	07-20-000058/1/1/1-0201705	GENTRUM MEDYCZNE PROMEDICA SPÓŁKA CYWILNA PIOTR GOMPAŁA, HALINA GOMPAŁA-KUSNIERZ	33-073 RZESZÓW UL. FLAC WOLNOŚCI 17	PIELĘGNIARSKA OPIECA DŁGOTERMINOWA 05-850 ODARCIU MAZOWIECKA UL. KOMANA DKOWSKIEGO 39	1342	1342	27,07	36 327,84	36 327,84	5	59	0	6	7	0	72	712	Tak	Tak
2	07-20-000058/1/1/1-0002206	GENTRUM MEDYCZNE BIACOLEŃKA SP. Z O.O.	05-850 SZELIJA UL. CYPRIŚSÓWA 4	PIELĘGNIARSKA OPIECA DŁGOTERMINOWA 05-850 SZELIJA UL. CYPRIŚSÓWA 4	2440	3782	30,08	79 395,20	109 723,14	5,5	59	0	6	0	0	65	673,2	Tak	Tak
3	07-20-000058/1/1/1-0003306	DOKOŃCZENIA OPIEKI MEDYCZNA DOKOŃCZENIA SP. Z O.O.	64-790 WARSZAWA UL. TARKI LUBELSKI 1407/1/4	PIELĘGNIARSKA OPIECA DŁGOTERMINOWA DOKOŃCZENIA W ŁOMAKACH 05-992 ŁOMAKA UL. WARSZAWSKA 31	0	3782	0	0,00	109 723,14	2,5	59	0	0	0	0	59	615,0	Nie	Nie

